

grupo de estudio
del Adolescente



GUÍA DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE



Grupo de Estudio del Adolescente
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar
y Comunitaria

Guía de Atención al Adolescente

Coordinador: Alejandro Pérez Milena

© 2015 **Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria**
greAdol (Grupo de Estudio del Adolescente de la SAMFyC)
C/Arriola, 4, bajo D (CP 18001) Granada.

©RK Fotografías (Irene Pérez Martínez)

El Grupo de Estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria ofrece en esta guía una serie de recomendaciones fruto de una revisión bibliográfica de fuentes biomédicas. No es un manual exhaustivo sobre todas las patologías que pueden ocurrir durante la adolescencia, sino que se ofrecen aquellos problemas, viejos y nuevos, que nos parecen más significativos a la hora de pasar consulta y sobre los que se necesita una mayor formación. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo. No se debe olvidar que esta información debe ser actualizada periódicamente en base a nuevas evidencias que puedan surgir.

ISBN 978-84-608-3231-7



En la ya tradicional colaboración de la SAMFYC con la Consejería de Salud, apoyar esta Guía de Atención al Adolescente es algo especial, porque encaja perfectamente en las líneas estratégicas dirigidas a la población adolescente; y no es casual, porque estas se marcan contando con la experiencia de nuestros profesionales y las necesidades y expectativas de esta la población.

Cuando hablamos de adolescentes y jóvenes estamos abordando una realidad muy diversa y heterogénea que tiene que ver con la edad, el sexo, el entorno socioeconómico o la ocupación, pero también con el espacio geográfico, el hábitat, las condiciones familiares, el entorno cultural, etc. Por lo tanto, cuando hablamos de promoción, prevención y atención sanitaria en adolescentes tenemos que partir de una perspectiva integral, abarcando las distintas áreas del desarrollo saludable de la población joven.

Tenemos la misión de influir en la mejora de las prácticas de salud de jóvenes y adolescentes con el protagonismo compartido de educadores, sanitarios, familia y otras instituciones sobre materias sensibles como alimentación, actividad física, sexualidad, adicciones, salud mental, convivencia y otras situaciones emergentes, como la violencia de género en estas edades y el uso correcto de las tecnologías de la información.

Esta guía nos aporta información, recursos y una perspectiva de trabajo basado en la multidisciplinariedad y en la atención integral del adolescente. Nos permite así, seguir avanzado en la línea de trabajo por

la que ha apostado la Consejería de Salud, centrada en un enfoque positivo de salud, que pone el énfasis en las competencias más que en los déficits, que considera a los chicos y chicas adolescentes no como un problema a solucionar, sino como un recurso con enormes potencialidades a desarrollar. Muy en consonancia con el modelo de Activos en Salud propuestos en el IV Plan Andaluz de Salud que parte de las fortalezas y no de los déficits de las personas, y que plantea intervenciones a nivel individual, comunitario e institucional, que van más allá de la mera solución de los problemas de salud.

La apuesta por programas como Forma Joven en Andalucía, que cuenta con una trayectoria de casi 15 años en el trabajo con jóvenes y adolescentes, nos ofrece una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre los jóvenes, desde un marco estratégico adecuado, en base a la evidencia disponible y consensuado entre todos los actores implicados: adolescentes, entorno educativo, familia, profesionales de la salud, asociaciones, etc. De no ser así, existe el riesgo de seguir diseñando estrategias aisladas, que aunque logremos implantarlas en los diferentes ámbitos, no tengan el impacto deseado en la salud, el bienestar y/o la reducción de desigualdades en este grupo de población.

Esta Guía de Atención al Adolescente alienta a los profesionales que trabajan con este colectivo para seguir apostando por la promoción de salud de la gente joven y de sus familias. Contribuyendo así, a fomentar estilos de vida saludables que sean a su vez compatibles con sus necesidades e intereses, dotándoles de recursos para que puedan afrontar con éxito los riesgos para su salud. Es un buen trabajo de equipo y una excelente herramienta para los profesionales, no solo de fácil lectura sino de mejor manejo. En suma, es un placer colaborar en su difusión.

**Consejería de Salud
Junta de Andalucía**

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables.

Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir.

Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación.

Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos.

UNICEF 2002

Índice de autores (por orden alfabético)

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia. Centro de Salud el Valle (Jaén).

Carlos Pérez Fuentes. Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén)

Francisco Javier Leal Helmling. Médico de familia. Centro de Salud de Jódar (Jaén)

Idoia Jiménez Pulido. Médico de familia. Centro de Salud de Úbeda (Jaén)

Inmaculada Mesa Gallardo. Médico de familia. Distrito Sanitario Condado-Campiña (Huelva)

María Ángeles Moreno Fontiveros. Médico de familia. Centro de Salud de Estepa (Sevilla)

María José Martínez Vera. Médico de Familia. Centro de Salud de Gilena (Sevilla)

María Luz Martínez Fernández. Profesora de Educación Secundaria. Jefatura de Estudios del IES Jabalcuz (Jaén)

María Teresa Pérez Luna. Médico interno residente de familia. Granada.

Pablo García Sardón. Médico interno residente de familia. Huelva.

Rafael Pérez Milena. Psicólogo, Orientador de Educación Secundaria. IES Albaicín (Granada)

Rocío Martínez Pérez. Médico de Familia. Centro de Salud Bollulos del Condado (Huelva).

Rocío Martos Guardeso. Médico interno residente de familia. Granada.

Sara Palenzuela Paniagua. Médico de familia. Centro de Salud Otero (Ceuta).

* Todos los autores pertenecen al Grupo de Estudio del Adolescente (greAdol) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Índice de capítulos

Capítulo 1

María Luz Martínez Fernández, Alejandro Pérez Milena

Concepto y etapas de la adolescencia

1. Definición	1
2. Etapas de la adolescencia	2
3. Desarrollo físico	3
4. Desarrollo psicológico y social	4
	9

Capítulo 2

Rocío Martos Guardado, María Teresa Pérez Luna

Atención integral al adolescente

1. Claves de la atención integral al adolescente	13
2. El adolescente en la consulta de Atención Primaria	14
3. La terapia basada en la resolución de problemas	16
4. El trabajo en red	19
	22
Anexo 1. Sistemática para la anamnesis al adolescente en la consulta de Atención Primaria	26
Anexo 2. Escala de acontecimientos vitales estresantes (reajuste social de Holmes y Rahe)	27
Anexo 3. Cuestionario MOS.	29

Capítulo 3

Alejandro Pérez Milena, Rafael Pérez Milena

La familia durante la adolescencia

1. Los cambios familiares en la adolescencia	31
2. Atendiendo al adolescente y a su familia	32
3. Valoración de la función familiar	34
3.1 El genograma	35
3.2 El modelo de círculos	36
3.3 Tests para valorar la función familiar	38
3.4 Tests para valorar el nivel social de la familia	39
	41

Anexo 1. Tipos de estructuras familiares	42
Anexo 2. Test de Apgar familiar	43
Anexo 3. Características familiares agrupadas por dimensiones en la escala FACES IV	44
Anexo 4. Escala de Graffar-Méndez Castellanos	45

Capítulo 4

[Francisco Javier Leal Helmling](#)

Conceptos éticos en la atención al adolescente	46
1. Concepto de Bioética	47
2. El desarrollo moral del adolescente	48
3. La doctrina del menor maduro y la legislación	50
4. La comunicación con la familia y el duelo	55
Legislación española	57

Capítulo 5

[Carlos Pérez Fuentes](#)

La comunicación con el adolescente	59
1. Comunicación centrada en el adolescente	60
2. Esquema general de la entrevista clínica	61
3. Actitudes a tener en cuenta durante la entrevista con el adolescente	65
5. Comunicación no verbal	66
6. Técnicas de apoyo narrativo	70
7. Riesgos en la entrevista con el adolescente	73
8. Cuando el adolescente no colabora	74

Capítulo 6

M^a José Martínez Vera , M^a Ángeles Moreno Fontiveros

Prevención y promoción de la salud en la adolescencia	77
1. Introducción	78
2. Estilos de vida	81
3. Riesgo cardiovascular	88
4. Salud mental	90
5. Controles de salud	99
6. Vacunaciones	102
Anexo 1. Cuestionario IPAQ (actividad física)	104
Anexo 2. Factores de riesgo para la violencia de género	106
Anexo 3. Actividades preventivas por grupo de edad (16-18 años)	107
Anexo 4. Calendario vacunal andaluz	110

Capítulo 7

Sara Palenzuela Paniagua, Idoia Jiménez Pulido

Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales	111
1. Características del consumo	112
2. Motivos para el consumo	117
3. Detección del consumo de drogas en el adolescente	119
4. Grado de evidencia sobre las intervenciones en adolescentes	131
Anexo 1. Cálculo del consumo de alcohol en unidades de bebida estándar	135
Anexo 2. Test CAGE	136
Anexo 3. Cuestionario AUDIT	137
Anexo 4. Test de Fagerström para adolescentes	140

Capítulo 8

Rocio Martínez Pérez

Adolescentes y sexualidad

	141
1. El desarrollo sexual	142
2. Educación sexual	145
3. Planificación familiar	147
4. Infecciones de transmisión sexual	153
5. Embarazo no deseado	161
Enlaces de interés	162

Capítulo 9

M^a Ángeles Moreno Fontiveros, M^a José Martínez Vera

Salud mental en la adolescencia

	164
1. Introducción	165
2. Características de la enfermedad psiquiátrica en la adolescencia	167
3. Salud mental y entorno social	168
4. Diagnóstico	169
5. Trastornos del ánimo	170
6. Trastornos de la conducta y del comportamiento	180
7. Otros trastornos	190

Capítulo 10

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Adolescentes e internet

	195
1. Introducción	196
2. Uso de internet y de las redes sociales por los adolescentes	197
3. Seguridad en internet y redes sociales	203
4. Videojuegos	217
5. Riesgos de internet para los adolescentes	224
5.1 Sexting	224
5.2 Cyberbullying	227
5.3 Grooming	228

5.4 Trastornos de la conducta alimentaria	232
5.5 Tecnoadicciones	233
Capítulo 11	
Pablo García Sardón, M ^a José Martínez Vera, M ^a Ángeles Moreno Fontiveros	
Patología frecuente en la adolescencia	248
1. Introducción	249
2. Obesidad	250
3. Lesiones del aparato locomotor	255
3.1 Escoliosis	255
3.2 Enfermedad de Osgood-Schlatter	259
3.3 Enfermedad de Freiberg	260
3.4 Enfermedad de Scheuermann	260
4. Dolor abdominal crónico	261
5. Patologías de la piel	270
5.1 Acné	270
5.2 Tatuajes y perforaciones	272
6. Alteraciones menstruales	274
7. Ginecomastia	277
8. Hirsutismo y virilización	280
9. Asma bronquial	282
Anexo 1. Patología frecuente del adolescente	296
Anexo 2. Tabla para valoración antropométrica (2-19 años)	297
Anexo 3. Imágenes radiográficas de la patología locomotora del adolescente	298
Anexo 4. Criterios diagnósticos para dolor funcional abdominal (ROMA II)	299
Anexo 5. Algoritmo diagnóstico para el hirsutismo	300
Anexo 6. Probabilidad de diagnóstico de asma	301
Anexo 7. Clasificación inicial de gravedad del asma (GEMA 2009)	302
Anexo 8. Niveles de control del asma	303

Capítulo 1.

CONCEPTO Y ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

María Luz Martínez Fernández, Alejandro Pérez Milena

PUNTOS CLAVE

La adolescencia es un periodo de cambio dinámico, progresivo y a veces asincrónico, con límites definidos tanto biológica como psicosocialmente.

Se caracteriza por el desarrollo sexual, los cambios en el crecimiento y el inicio de las relaciones grupales.

Tiene tres etapas (inicial, intermedia y tardía) a la que habría que añadir el concepto de adultez emergente, que abarca hasta los 25 años de edad.

En el desarrollo físico tiene crucial importancia la pubertad y el proceso de maduración física, siempre ligados a cruciales cambios psicológicos, cognitivos, emocionales y sociales.

1. Definición

La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como ***el período de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos***, fijando los límites entre los 10 y los 19 años.

La adolescencia es un concepto moderno: fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX estando ligado a los cambios económicos y culturales, al desarrollo industrial y educacional así como al nuevo papel de la mujer en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social.

Casi todas las culturas tienen una adolescencia, pero su duración, contenido y experiencias varían considerablemente. La adolescencia se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales. En la adolescencia concurren tres procesos básicos: primero una **aceleración puberal** del crecimiento (en 2-3 años aumentan el 50% de peso y un 30% de la talla precedentes); segundo, la **maduración sexual** y el consiguiente cambio psicosocial; por último, surgen importantes cambios en la escolaridad y en las **relaciones grupales**. Muchos de estos cambios pueden generar crisis, conflictos y contradicciones.

El proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y

especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en que se produce.

En general, la adolescencia no es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. Es una época de aprendizaje y autodescubrimiento en la que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez mediante una transición dinámica, que discurre de forma gradual y a un ritmo individualizado. Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración, de forma global en todos los aspectos de la vida, y su finalidad es alcanzar:

- 1. identidad:** encontrar un sentido coherente a su existencia.
- 2. integridad:** adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.
- 3. independencia psicológica:** adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo y para mantener relaciones interpersonales maduras, asumiendo el rol de adulto.
- 4. independencia física:** adaptarse a los cambios de su cuerpo, finalizar el crecimiento somático y conseguir una independencia económica.

2. Etapas de la adolescencia

De forma clásica se han señalado dos etapas en la adolescencia, según el **criterio cronológico**: primera adolescencia (10-14 años) y segunda adolescencia (15-19 años).

Posteriormente se construyó otro esquema en función del **criterio evolutivo** para diferenciar estas etapas, que tiene en cuenta las grandes variaciones individuales y la influencia de los factores psicosociales. Así, la adolescencia se vería dividida en tres periodos: primera adolescencia (12-14 años), segunda adolescencia (15-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años).

Actualmente la adolescencia comienza mucho antes de lo que lo hizo hace un siglo, porque la pubertad comienza para la mayoría en los países industrializados en una edad mucho más temprana, debido a los avances en la nutrición y la salud. Sin embargo, si se mide el final de la adolescencia en términos de asumir roles adultos, como el matrimonio, la paternidad, y la independencia económica, este período vital también termina mucho más tarde que en el pasado. De hecho, para algunos autores la transición a la edad adulta se ha vuelto tan prolongada que constituye un período independiente del curso de vida en las sociedades de los países industrializados, abarcando un tiempo casi tan largo como la propia adolescencia. Esta prolongación de la adolescencia hasta edades más tardías es lo que se denomina la **adulthood emergente**, que se extendería de los 18 a los 25 años de vida. Esta etapa se describe como la edad de las exploraciones de identidad, la edad de la inestabilidad, la sensación de ser el centro de todas las acciones y de tener abiertas todas las posibilidades.

3. Desarrollo físico

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas, la adolescencia se caracteriza por cambios físicos. El desarrollo físico es el área más conocida por el profesional sanitario. Durante la pubertad se producen cambios que afectan

a todos los órganos y estructuras corporales, siendo lo más llamativo es el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad, van acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocan en la adquisición de la personalidad adulta. Al final de la pubertad, el cuerpo alcanza su forma y tamaño definitivos.

El momento del comienzo de la pubertad es muy variable. Son muchos los factores que influyen en la edad del inicio puberal: la alimentación, la zona geográfica en que se vive, el nivel de vida, el patrón familiar de inicio puberal, etc. Además, igual que ocurre con la estatura, existe una **aceleración secular del inicio de la pubertad**, de modo que en los países occidentales la pubertad se ha adelantado unos 3-4 años respecto al comienzo del siglo. En España se considera normal el inicio de la pubertad entre 8 y 14 años en las niñas, y entre 9 y 15 en los niños. Con la duración de la pubertad ocurre lo mismo que con el momento de arranque: es muy variable. En los casos más rápidos, todos los cambios puberales pueden terminar en sólo dos años, mientras que en otros de evolución lenta, tardan 5 años.

La pubertad inicia un **desarrollo sexual** caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva. Se produce por los cambios hormonales que comienzan a nivel cerebral y continúan en los ovarios y los testículos. Éstos aumentan de tamaño y fabrican cantidades cada vez más elevadas de las hormonas (estrógenos para mujeres y testosterona para hombres), responsables del desarrollo de los caracteres sexuales.

Los primeros meses de la pubertad pasan desapercibidos. Los cambios en el organismo son escasos hasta que la producción de estrógenos o de testosterona alcanza un nivel relevante. A partir de ese momento, es en la primera adolescencia donde acontecen casi todos los cambios puberales, con amplias variaciones, que pueden ser medidos mediante los estadios de Tanner. Los primeros signos de pubertad aparecen sobre los 11 años de media, y son el aumento testicular en varones y el inicio del desarrollo mamario o la aparición de vello púbico en mujeres.

Cambios físicos en las mujeres

En la mujer, los **cambios en la mama** y en el **vello púbico** son más utilizados para controlar la evolución de la pubertad. El primer signo de que la pubertad se pone en marcha suele ser el desarrollo mamario. El inicio del desarrollo mamario se percibe como un endurecimiento por debajo de la areola, que puede ser ligeramente molesto (denominado botón mamario). En los meses siguientes este botón va aumentando de tamaño, al tiempo que se producen cambios en el pezón y en la areola hasta llegar a la mama adulta.

El crecimiento de los ovarios o del útero sólo se puede comprobar utilizando la ecografía. Los ovarios adultos alcanzan los 30 cc de volumen y el útero alrededor de 8 cm de diámetro. Más fáciles de apreciar son los cambios en la vulva. Los labios mayores aumentan de tamaño formando en su superficie ligeros pliegues. Los labios menores y el clítoris también aumentan de tamaño.

En cuanto al vello va aumentando de cantidad adoptando la forma triangular, de base superior, característica del sexo femenino. El vello axilar tiene características similares al de los

varones, pero no aparece vello facial. Por último, la **menarquia** aparece en un rango de edad de 10-15 años.

Cambios físicos en los hombres

En los varones, el inicio de la pubertad se confirma por el **aumento de tamaño de los testículos**, en concreto cuando éstos alcanzan el tamaño de 2 cm en su eje mayor (4 cc). Con los testículos, también aumenta el tamaño del pene y aparece el vello púbico. En los varones la evolución de la pubertad se puede seguir con facilidad, midiendo el aumento de tamaño de los testículos en comparación con unos moldes de madera. Antes del inicio de la pubertad el tamaño testicular es inferior a 4 cc, mientras que el tamaño definitivo está entre 20 y 25cc. Con el aumento de tamaño de los testículos aumenta también el tamaño del pene. En un par de años alcanza el tamaño definitivo: alrededor de 13 cm de longitud y 8 de circunferencia. La piel de las bolsas escrotales se hace más rugosa y adquiere color más oscuro. Los testículos fabrican espermatozoides (las células reproductoras masculinas) y un líquido adecuado para que los espermatozoides se desenvuelvan. Todo este material constituye el semen y se expulsa durante la eyaculación. Las primeras eyaculaciones (poluciones) ocurren durante la noche en los primeros años de la pubertad y son inconscientes.

En los adolescentes de los países mediterráneos es frecuente que la aparición del vello púbico se adelante al comienzo real de la pubertad. El vello púbico aumenta en cantidad, al principio se distribuye en forma de triángulo (con base superior), similar a la distribución femenina, y hacia el final de la pubertad toma forma de rombo con vértice superior que sube hasta el ombligo. El vello axilar, en los varones suele aparecer dos años después que el

vello púbico, y el facial más tarde, primero sobre las comisuras del labio superior, luego por las mejillas y finalmente el mentón.

Se producen cambios en la voz. Durante algún tiempo es bitonal (aguda/grave) y al final de la pubertad se fija el tono definitivo, generalmente más grave. No es infrecuente que las mamas aumenten de tamaño en los varones de forma transitoria. Puede ser un aumento unilateral o bilateral, en ocasiones doloroso, y que desaparece en unos meses.

El crecimiento corporal marca el ritmo de los cambios físicos y viene dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina **estirón puberal**. El aumento de la masa y de la fuerza muscular es más marcado en el varón, hay un aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño y otros, lo que puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

El año anterior al inicio de la pubertad, los hombres crecen una media de 4-6cm al año. Durante la pubertad la velocidad de crecimiento aumenta llamativamente, llegando a alcanzar 7-12 cm/año. Sin embargo, al contrario de lo que ocurre en las mujeres, el estirón aparece de forma tardía, cuando otros

caracteres sexuales son ya evidentes. El crecimiento afecta primero a las extremidades, y después al tronco, de forma que durante un tiempo los chicos jóvenes tienen aspecto de *patilargos*, hasta que consiguen las proporciones definitivas. Durante la pubertad se produce un aumento del peso, que en los varones se debe sobre todo a aumento de la masa muscular, con el consiguiente aumento en la fuerza física.

Y también, como en los varones, el cambio más importante se refiere al crecimiento, pero a diferencia de ellos, en las mujeres el "estirón" de crecimiento es un fenómeno precoz dentro de los cambios de la pubertad, de forma que aparece al mismo tiempo que se inician los cambios en las mamas. El pico de máxima velocidad de crecimiento es ligeramente más bajo que en los varones y suele coincidir con la primera menstruación. A partir de aquí la velocidad de crecimiento disminuye, pero todavía continuarán creciendo durante uno o dos años más. Igual que en los varones, en las mujeres el estirón afecta primero a las extremidades, y después al tronco. En cuanto al aumento de peso, en las mujeres se debe en mayor proporción al aumento de grasa, por lo que no consiguen la fuerza muscular característica de los hombres. La voz no cambia de tono o incluso puede tener un tono aún más agudo

4. Desarrollo psicológico y social

De forma similar a lo que ocurre con las otras etapas del ciclo vital, la adolescencia posee sus propias tareas del desarrollo que deben completarse para conseguir finalmente un funcionamiento adaptativo durante la madurez. La tarea central de este período es la búsqueda de la identidad. El **logro de una identidad personal** hacia fines de la adolescencia y comienzos de la adultez involucra varios aspectos:

- la aceptación del propio cuerpo,
- el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad,
- la identidad sexual,
- la identidad vocacional,
- y una ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral)

Otra tarea del desarrollo en la adolescencia es el **logro de la autonomía**, que acontece cuando el joven llega a ser emocional y económicamente independiente de sus padres. Esta tarea implicará una separación progresiva de su familia de origen y un acercamiento hacia el grupo de iguales, lo que puede acompañarse de conflictos familiares al migrar su centro de gravedad emocional desde la familia hacia los amigos. No obstante, los adolescentes que perciben una buena dinámica familiar tienen un mayor apoyo social, por lo que ambos pilares siguen siendo necesarios hasta la adultez.

La adolescencia se caracteriza también por el desarrollo de las competencias **emocionales y sociales**. La primera se relaciona con la capacidad de manejar o autorregular las emociones y la segunda con la habilidad para relacionarse efectivamente con otros lo que contribuyendo finalmente al bienestar y desarrollo psicosocial de los propios adolescentes.

El **desarrollo cognitivo** es tan rápido como el físico. Se avanza desde el pensamiento concreto (operatorio concreto) al abstracto (operatorio formal). En la fase del pensamiento concreto los adolescentes tienen una capacidad limitada para proyectar y creen que los demás piensan sobre ellos tal y como piensan ellos (la "fábula del yo"). Mediante un proceso gradual adquieren habilidades de razonamiento más avanzadas, que incluyen entre

otras la habilidad de pensar en todas las posibilidades y la de razonamiento hipotético-deductivo, que le permiten una mejor resolución de problemas a través de explorar una amplia gama de alternativas de manera sistemática y lógica (deduciendo también sus posibles consecuencias). Es importante también el proceso de meta cognición, según el cual “piensan sobre su propio pensamiento” (como se hace al escribir un diario). Al alcanzar el pensamiento abstracto (o formal) pueden comprender ideas y sentimientos de otras personas y ser empáticos con ellas.

El **desarrollo emocional** suele ser más lento y difícil: el desarrollo moral, como el crecimiento personal, requiere un aprendizaje. En la primera etapa hay una alta impulsividad, con sentimientos intensos y cambios frecuentes de humor. Esta labilidad emocional se manifiesta con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la conducta, una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. En una etapa intermedia se siente invulnerables y, en cierto modo, omnipotentes, asumiendo a veces conductas nocivas para la salud; en la última etapa adquieren la suficiente experiencia vital para sentirse más vulnerables y considerar las necesidades emocionales de los demás.

El **desarrollo familiar** precisa una redefinición de roles, se alejan progresivamente de la familia y buscan un mayor apoyo de sus amigos. Antes de los 14 años necesitan intimidad y unos límites familiares firmes y congruentes. En la etapa intermedia comprenden que su familia no es perfecta pero continúan pensando en una posible familia ideal por lo que pueden darse el mayor número de confrontaciones padres-hijos. Es el momento de la aparición de transgresiones a las reglas del mundo adulto como autoafirmación de su propia autonomía, el alejamiento

familiar y acercamiento a sus iguales, así como un egocentrismo que les hace preocuparse sólo por sus cambios. Posteriormente, en la adolescencia tardía, suele haber una reaceptación de los valores parentales.

El **desarrollo escolar y laboral** está marcado al principio por el cambio de la educación primaria a la secundaria, con una forma diferente de trabajo y volviendo a ser los más pequeños del centro educativo. Van experimentando de forma progresiva presiones sobre su futuro laboral y sobre el desarrollo de su competitividad. La entrada en la universidad puede ser un gran paso para autoafirmarse en su independencia, de hecho los universitarios son el referente social más cercano para los adolescentes. Los cambios que experimenta un adolescente que trabaja pueden diferir del adolescente estudiante, por las distintas experiencias y grado de madurez.

Bibliografía

Arnett JJ. Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural. México: ed. Pearson 2008 (3ª edición)

Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Capítulo 2.

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

Rocío Martos Guardado, María Teresa Pérez Luna

Los adolescentes necesitan un médico: no un compañero
J. Roswell Gallagher

PUNTOS CLAVE

La atención integral considera al adolescente desde una perspectiva biopsicosocial, integrando las esferas biológica, psicológica y social en la valoración de las necesidades y problemas de salud.

La función familiar, los acontecimientos vitales estresantes y la red social del adolescente son elementos fundamentales en la atención prestada por el médico de familia.

La terapia basada en la resolución de problemas ofrece herramientas para el abordaje de problemas biopsicosociales, haciendo al adolescente protagonista de su salud.

La atención multidisciplinar al adolescente es necesaria para integrar todos los ambientes del menor en su atención.

1. Claves de la Atención Integral al adolescente

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Abarca la segunda década de la vida y tiene una duración variable. En ella se suceden cambios que edifican a la persona desde una perspectiva biopsicosocial. Se trata de un proceso para crecer y madurar que permite a la persona alcanzar al fin la propia identidad.

La atención a la salud en general, y la dirigida a adolescentes en particular, se enmarca en determinados parámetros que posibiliten unificar criterios de abordaje en pos de su integralidad, calidad y universalidad. El modelo de **Atención Integral** al adolescente tiene como características: priorizar la promoción de estilos de vida saludable, potenciar la prevención de conductas de riesgo centradas en el adolescente e involucrar a la familia y al soporte social que rodea al mismo. Esta forma de trabajo se basa en la accesibilidad y persigue una atención sanitaria basada no sólo en los servicios tradicionales de salud, sino también en los ámbitos donde los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean. Además, debe ser impartida por un equipo de técnicos de distintas disciplinas construyendo procesos multidisciplinares e intersectoriales.

Se debe poseer una adecuada formación para ofrecer a los adolescentes una atención integral que les garantice:

CONFIDENCIALIDAD. Lo que se trate en la consulta quedará en la consulta, salvo que el paciente desee compartir sus problemas de salud con los progenitores, o en caso de que exista peligro para su vida o la de otros.

PRIVACIDAD. Proporcionando al adolescente un espacio íntimo, donde plantear sus dudas a solas.

INFORMACIÓN. Facilitando al paciente los recursos y servicios sanitarios que tiene a su disposición.

BUENA RELACIÓN. Mostrando atención, interés y respeto por lo que comenta el adolescente. Es fundamental ser accesibles y receptivos, indagando en las preocupaciones del adolescente.

ANTICIPACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Realizaremos tareas informativas, explicando al paciente y a sus padres los cambios del desarrollo. Fomentaremos la responsabilidad del adolescente en el cuidado de su salud.

INTEGRACIÓN. Mediante un trabajo en equipo con los familiares y educadores para asegurar una atención multidisciplinar.

El papel de los progenitores en los planes de atención integral al adolescente es fundamental, ya que la familia se perfila como el primer ambiente donde el ser humano se desarrolla. Y aunque durante la adolescencia suelen originarse contradicciones y conflictos que dan lugar a crisis y a cambios en el rol del individuo, es esencial la existencia de relaciones positivas intergeneracionales. Además, el grupo de pares al que el adolescente pertenece tiene gran relevancia. La dinámica de este grupo influirá en su comportamiento y podrá interpretarse como un factor de riesgo o protector según las conductas negativas o positivas que genere.

Dado que los adolescentes acuden de por sí poco al médico, debemos procurar eliminar esas barreras que nos distancian de

este grupo poblacional y dificultan su acceso al sistema. Dichas barreras son:

-
- 1.- Burocratización del sistema
 - 2.- Falta de una adecuada atención por parte del profesional
 - 3.- Desconocimiento sobre dónde acudir o quién es su médico
 - 4.- Negación o infravaloración de los problemas por parte del adolescente
-

Por todo esto, el equipo de Atención Primaria se convierte en referente de longitudinalidad para el cuidado de la salud del adolescente. La práctica médica orientada a la familia y la comunidad se hace un hueco en su día a día, pues el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria no sólo conocerá a la familia sino también el entorno en el que se desarrolla el paciente.

2. El adolescente en la consulta de Atención Primaria

El adolescente tiene unas necesidades de salud que engloban los aspectos biológicos y psicológicos de su persona. Dichos aspectos se encuentran determinados por el entorno social en el que vive y se relaciona el adolescente. Es importante que la atención se centre en su contexto familiar y su ambiente socioeconómico y cultural-

La presencia del adolescente en las consultas de Atención Primaria permite al médico de familia detectar sus posibles problemas de salud y realizar actividades de prevención de

riesgos y promoción de la salud. Durante este periodo del desarrollo es fundamental estar atentos a trastornos nutricionales, alteraciones en la salud mental, dificultades escolares, consumo de tóxicos, inicio precoz de relaciones sexuales o enfermedades de transmisión sexual.

En los primeros contactos con el adolescente en la consulta puede ser útil tener un guión como los ofrecidos en el anexo 1, que facilitan la recopilación de información útil para la salud del adolescente. Con objeto de conocer en profundidad al adolescente también es adecuado el uso de diferentes cuestionarios que facilitan la comunicación sobre temas concretos. Se trata de herramientas que no sustituyen una buena entrevista clínica, pero que permiten realizar una valoración sistemática del adolescente y que se presentan en otros capítulos de este manual.

Durante la adolescencia pueden acontecer eventos que desencadenen problemas de salud y crisis familiares. Se trata de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) que identificamos y evaluamos gracias a instrumentos como la **escala de reajuste social de Holmes y Rahe** (anexo 2). Se trata de un cuestionario autoadministrado con una lista de 43 acontecimientos en la que el encuestado deberá señalar los sucesos que ha experimentado en el pasado reciente. Para evaluar el impacto de los cambios vitales medidos por la escala de reajuste social se suman las unidades de cambio vital que corresponda al acontecimiento señalado por el paciente. Cuando la suma sea de 150 UCV o superior, se considera que estos AVE pueden afectar a la familia o al estado de salud de alguno de sus miembros (Rahe). Si la suma este por encima de las 250 UCV, existe una alta probabilidad de que la acumulación de estresores vitales puede producir

problemas psicosociales, enfermedades orgánicas o psíquicas, agravar patologías crónicas y alterar la función familiar.

Para conocer las dimensiones de la red social de nuestro paciente podemos valernos del [cuestionario MOS](#) (anexo 3). Se trata de un cuestionario de apoyo social, breve, multidimensional, autoadministrado y validado para población española, que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social e investigar cuatro dimensiones del apoyo.

Apoyo emocional/informacional, entendido como expresión de afecto, comprensión empática y consejo

Apoyo instrumental, o la provisión de ayuda material que pueda recibir el paciente

Interacción Social Positiva, que indica la disponibilidad de personas para salir, divertirse ó distraerse

Apoyo Afectivo, incluye las expresiones de amor y afecto

La atención a la salud integral del adolescente trae consigo la referencia a los factores de riesgo, las conductas de riesgo y las situaciones de riesgo, que dependerán directamente del contexto social, cultural, económico y ambiental del paciente. Entendemos como **factor de riesgo** aquel elemento que puede desencadenar algún hecho indeseable. La **conducta de riesgo** es aquella actuación repetida que puede comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. Con frecuencia ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación de autonomía e independencia. Por último, una **situación de riesgo** es aquella circunstancia que ofrece un riesgo a toda la comunidad o grupo social. Se trata por ejemplo del uso de drogas, la práctica de determinados deportes o el excesivo culto a la imagen corporal.

3. La terapia basada en la solución de problemas

El enfoque que hace la Atención Primaria de los problemas tiene que ver con la patología orgánica, la psicológica y con todos aquellos factores que interfieren de forma positiva y/o negativa en la salud. En ocasiones, aparecen problemas psicosociales: situaciones de estrés social que producen en los individuos crisis y disfunciones familiares, y que pueden dar lugar a manifestaciones clínicas en forma de somatizaciones y/o enfermedades psíquicas.

De forma paralela a la búsqueda de la etiología orgánica de un problema, es adecuado en el adolescente realizar una evaluación más amplia para conocer tanto causas como repercusiones psicosociales del problema por el que el adolescente o su familia consultan. En el caso de precisar una intervención biopsicosocial, la terapia basada en resolución de problemas es una herramienta terapéutica que permite el estudio en profundidad del adolescente y la búsqueda de soluciones. A continuación se indican los pasos a seguir para su desarrollo:

1. Selección del caso.

Cuando el adolescente presenta en consulta síntomas o signos mal definidos o persistentes, cuando se descubre algún factor de riesgo o alguna conducta nociva para la salud o si se aprecian alteraciones en la dinámica familiar es aconsejable indagar sobre la existencia de un problema psicosocial, relacionado con la familia o el entorno social. Durante la anamnesis, es aconsejable completar la historia clínica del adolescente, valorar la presencia de factores o conductas de riesgo, y delimitar el motivo o motivos de consulta, no sólo físicos, utilizando técnicas de comunicación adecuadas. Es muy aconsejable disponer de mayor tiempo de atención mediante cita en una consulta programada. Se debe

investigar si en el último año el paciente ha sufrido algún evento estresante y, en caso afirmativo, si sus manifestaciones clínicas están relacionadas con dicho evento. Para ello se pueden utilizar durante la entrevista la escala de Holmes y Rahe, así como los cuestionarios de apoyo familiar y social.

2. Definición de los problemas y construcción del genograma

Debe elaborarse una primera lista de problemas, consensuada tanto con el adolescente como con la familia, incluso es aconsejable que el adolescente se lleve una copia para que pueda leerla y realizar modificaciones para las siguientes visitas. En esta fase es importante la construcción del genograma para estudiar las variables familiares y del entorno social y después elaborar una nueva lista con todos los problemas que el paciente refiera.

Elaborar la lista de problemas. Junto al paciente se redactará una **lista de los problemas** y eventos estresantes que ha sufrido últimamente.

Construir el **genograma** para el estudio de la familia y el entorno social. Se evaluará la estructura familiar, la etapa del CVF, los eventos estresantes, la red y el apoyo social, las interacciones y conflictos entre los miembros de la familia y el entorno social.

Elaborar un **mapa del hogar**. El adolescente debe pintar una mapa de su hogar, indicar el porcentaje de tiempo que pasa en cada espacio y explicar la circulación habitual que realiza por cada uno de ellos. Con esto se consigue saber que zonas son de “dominio” del adolescente; dónde, con quién y haciendo qué ocupa su tiempo dentro del hogar.

Relacionar los datos obtenidos tras la lectura e interpretación del genograma y la lista de problemas elaborada por el paciente,

implicando al adolescente para que saque sus propias conclusiones y redacte una lista definitiva de problemas.

Seleccionar los problemas sobre los que se va a intervenir. Es muy útil que el adolescente puntúe los problemas, clasificándolos de mayor a menor relevancia en orden a priorizar actuaciones.

3. Generar soluciones

El adolescente expondrá la forma más adecuada para él de resolver los problemas identificados, para ello puede llevarse la lista de problemas a su domicilio y en consultas posteriores traer por escrito las soluciones que él vea posibles, incluso consultando con alguien de su confianza. Éstas pueden ser completadas y mejoradas por nuestra parte, a través de los datos que se desprendan de la interpretación del genograma y de los datos obtenidos. De todas las soluciones planteadas nuestro paciente elegirá las que considere más fácilmente alcanzables, especificando posteriormente las tareas necesarias para solucionar los problemas. Por tarea se entiende una actuación concreta, con principio y fin, desarrollada por el adolescente durante algún momento concreto de la semana y enfocada a mejorar un problema (por ejemplo, mejorar las notas es un objetivo, pero planificar un horario de estudio en casa –y plasmarlo por escrito- o acudir a clases particulares –en unos días concretos- son tareas).

4. Evaluar las soluciones

Es muy importante realizar una evaluación periódica de la ejecución de las tareas y la resolución de los problemas, modificando tantas veces como sea necesaria la lista de problemas y la de tareas en función de las opiniones y vivencias del adolescente.

4. El trabajo en red

El abordaje integral del paciente es un tipo especial de trabajo en red: trabajo de colaboración que dos o más profesionales establecen partiendo de la atención de un caso común, pero con la condición de que este trabajo se inserte en un plan más general que suele ser un proyecto, con el objetivo formalizar la actividad. Los primeros trabajos de salud con un enfoque de Red Social se llevaron a cabo en los años 60 y 70 en el campo de la psiquiatría y psicología social, siendo el pionero Ross Speck. Este se percató del agotamiento de los integrantes en ciertas terapias familiares, motivo por el cual decidió convocar grandes asambleas con allegados. Actualmente, hay evidencia de que una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es decir, es salutogénica. Se puede afirmar por tanto, que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud.

No se debe confundir el término **trabajo en red** con “la red sanitaria”, pues lo segundo se refiere a la cobertura sanitaria y los recursos de los que se dispone en un área determinada. Y tampoco se debe equiparar el trabajo en red a la red social, aunque el segundo forme parte indispensable del segundo. En la actualidad, los entornos en los que se facilita el acceso del adolescente a los servicios sanitarios están cada vez más extendidos: centros de atención en institutos, facultades o vehículos móviles, entre otros. Se trata de oportunidades en las que es el médico quien sale de su consulta al encuentro del paciente. Estos espacios de promoción de salud centrados en los jóvenes son oportunidades para acercar los recursos sanitarios a

esta población. Los entornos donde se centran estas actividades en red son tanto la familia como la comunidad.

Familia: precisando en este punto no sólo como está compuesta, sino las relaciones que resultan más significativas. Con familiares próximos o lejanos.

Amistades: éstas resultan altamente significativas en el caso de migraciones, que determinan una pérdida o disminución de las relaciones familiares de sostén. En este caso, es importante indagar por las relaciones de vecindad, que pueden constituirse en apoyos importantes para la persona.

Relaciones laborales o escolares: muchas veces estas relaciones son las únicas que una persona posee, fuera de su ámbito familiar. La cotidianidad de estos vínculos hace que resulten sumamente importantes tanto para brindar información como para las funciones de acompañamiento y apoyo.

Relaciones comunitarias, de servicio o de credo: pueden conformar un mundo significativo de pertenencia, posible de ser activado en caso de necesidad.

En Andalucía se ofrece una fórmula de trabajo integral denominado [Forma Joven](#). Es una estrategia de salud dirigida a promover entornos y conductas saludables entre la gente joven de Andalucía. Basado en la acción intersectorial, en su desarrollo cooperan varias Consejerías de la Junta de Andalucía así como otras instituciones y agentes sociales como ayuntamientos, asociaciones de madres y padres. En esencia, la estrategia consiste en acercar las actividades de promoción de la salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud, a los entornos

donde conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además, un papel activo y central en dichas actividades.

Se desarrolla en los Puntos Forma Joven, ubicados en los diversos espacios frecuentados por la población adolescente y juvenil como son institutos de enseñanza secundaria, escuelas taller, universidades, espacios de ocio, comunitarios, etc. Allí coinciden los actores fundamentales de Forma Joven: chicos y chicas, profesionales de educación, profesionales de salud y mediadores y mediadoras.

Dependiendo del espacio de que se trate, adquieren protagonismo profesionales de otros sectores, instituciones y organizaciones, pero siempre se mantiene el protagonismo de la propia población joven, con la que se desarrollan y se realizan actividades individuales y grupales sobre los temas más importantes relativos a la salud de la juventud. El recurso oficial para obtener mayor información es www.formajoven.org.

Otro ejemplo de trabajo en red es el proyecto Interxarxes, desarrollado en la comunidad autónoma de Cataluña, que pretende minimizar los efectos nocivos de la descoordinación en la atención sanitaria mediante la introducción de mejoras significativas en la atención del caso (análisis diagnóstico global y conjunto, estrategias de actuación revisadas permanentemente).

Bibliografía

De la Revilla Ahumada L. Herramientas para la Práctica de la Atención Familiar: protocolo para el abordaje biopsicosocial del adolescente. En: Pérez Milena A, Moreno Corredor A, Valverde Bolívar FJ. Atención integral al adolescente. Casos clínicos. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén 2011.

Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A. Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria: Principios, organización y metodología en medicina de familia. Barcelona: Elsevier 2014 (7ª edición), p. 1-13.

ANEXO 1. Sistemática para la anamnesis en la consulta de Atención Primaria en la atención al adolescente

FACTORES

F familia: dinámica familiar, funcionalidad y estructura.

A amistades: apoyo social, actividades de ocio, satisfacción.

C colegio: integración y satisfacción, rendimiento académico

T tóxicos: contacto, consumo y abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales, ambiente y patrones de consumo.

O objetivos: perspectivas de futuro (estudios, trabajo), ideales, ilusiones.

R riesgos: uso de vehículos a motor, deportes de riesgo, ambientes violentos, conductas sexuales de riesgo, alteraciones en la alimentación, medicación.

E estima: aceptación personal, autoestima, percepción corporal.

S sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones.

HEADSS

H Hogar

E Educación - Empleo

A Actividades extraescolares

D Drogas - Dieta

S Sexualidad

S Suicidio

ANEXO 2. Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes o de Reajuste Social de Holmes y Rahe.

1. Muerte del cónyuge- 100
2. Divorcio- 73
3. Separación matrimonial- 65
4. Encarcelamiento- 63
5. Muerte de un familiar cercano- 63
6. Lesión o enfermedad personal- 53
7. Matrimonio- 50
8. Despido del trabajo- 47
9. Paro- 47
10. Reconciliación matrimonial- 45
11. Jubilación- 45
12. Cambio de salud de un miembro de la familia- 44
13. Drogadicción y/o alcoholismo- 44
14. Embarazo- 40
15. Dificultades o problemas sexuales- 39
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia- 39
17. Reajuste de negocio- 39
18. Cambio de situación económica- 38
19. Muerte de un amigo íntimo- 37
20. Cambio en el tipo de trabajo- 36
21. Mala relación con el cónyuge- 35
22. Juicio por crédito o hipoteca- 30
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo- 29

24. Hijo o hija que deja el hogar- 29
25. Problemas legales- 29
26. Logro personal notable- 28
27. La esposa comienza o deja de trabajar- 26
28. Comienzo o fin de la escolaridad- 26
29. Cambio en las condiciones de vida- 25
30. Revisión de hábitos personales- 24
31. Problemas con el jefe- 23
32. Cambio de turno o de condiciones laborales- 20
33. Cambio de residencia- 20
34. Cambio de colegio- 20
35. Cambio de actividades de ocio- 19
36. Cambio de actividad religiosa- 19
37. Cambio de actividades sociales- 18
38. Cambio de hábito de dormir- 17
39. Cambio en el número de reuniones familiares- 16
40. Cambio de hábitos alimentarios- 15
41. Vacaciones- 13
42. Navidades- 12
43. Leves transgresiones de la ley- 11

Se seleccionan de la lista los acontecimientos experimentados en el último año y se suman sus puntuaciones. Por debajo de 150 hay bajo riesgo de enfermar por estrés, entre 110-299 el riesgo es moderado y mayor o igual a 300 supone un alto riesgo.

ANEXO 3. Cuestionario MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

- La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(1) Nunca (2) Pocas veces (3) Algunas veces (4) La mayoría de veces (5) Siempre

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quién pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Este Test, permite investigar 4 dimensiones de Apoyo:

1.- Apoyo Emocional / Informativo:

La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.

Preguntas: 3-4-8-9-13-16-17-19

2.- Apoyo Instrumental:

La provisión de ayuda material que pueda recibir la persona.

Preguntas: 2- 5-12-15

3.- La interacción social positiva:

La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.

Preguntas: 7 –11 –14 – 18

4.- Apoyo Afectivo:

Las expresiones de amor y de afecto. Preguntas: 6 – 10 – 20 .

El índice global de Apoyo Social se obtiene sumando los 19 ítems.

- El **Apoyo Social** es escaso cuando el Índice es inferior a 57 puntos.
- Habrá **Falta de Apoyo Emocional** cuando la puntuación sea menor a 24.
- Habrá **Falta de Apoyo Instrumental** cuando la puntuación sea menor a 12.
- Habrá **Falta de Interacción Social** cuando la puntuación sea menor a 12.
- Habrá **Falta de Apoyo Afectivo** cuando la puntuación sea menor a 9.

Capítulo 3.

LA FAMILIA DURANTE LA ADOLESCENCIA

Alejandro Pérez Milena, Rafael Pérez Milena

PUNTOS CLAVE

La adolescencia supone cambios en el ciclo vital familiar que pueden producir crisis familiares y, si no se resuelven correctamente, disfunciones que pueden afectar al adolescente y a toda la familia.

Durante la atención al adolescente se debe realizar un estudio familiar, aprovechando cualquier motivo de consulta, para conocer su entorno y anticipar problemas.

Entre las herramientas de estudio familiar destacan el genograma y el modelo de círculos.

El test de Apgar familiar es uno de los cuestionarios más empleados para valorar la percepción de la función familiar del adolescente.

1. Los cambios familiares en la adolescencia

Se entiende por **familia** al *grupo de personas que viven en el mismo hogar, que se cuidan mutuamente y dan orientación y guía a sus miembros dependientes*. La familia es considerada como una unidad básica de salud: si educa con normas y límites, ejerciendo una autoridad afectiva, compartida y responsable, puede convertirse en la entidad idónea de transmisora de factores protectores a los menores en crecimiento que conviven en el hogar. Sin embargo, la entrada de un miembro del hogar en la adolescencia se puede convertir en una de las situaciones más potencialmente conflictivas que, en las últimas décadas y en la sociedad occidental, acontece durante la adaptación de la familia a los cambios físicos y psicosociales que conlleva la adolescencia.

La secuencia de cambios que la familia atraviesa desde su formación hasta su disolución se conoce como **ciclo vital familiar**. El paso de una fase del ciclo vital a otra se conoce como transición, rito de paso o crisis de desarrollo. La familia transita a través del tiempo entre períodos centrípetos (de cerrazón o de alta cohesión familiar) y períodos centrífugos (de disgregación o de escasa cohesión familiar). La familia con adolescentes se encuentra en la transición entre estos períodos, lo que crea serios conflictos de relación entre sus miembros. En esta etapa del ciclo vital familiar se asiste a la tensión que genera el juego dialéctico entre homeostasis y cambio, entre la tendencia de los padres a que todo siga igual, para mantener a ultranza reglas, normas y valores, y la de los adolescentes que apuestan por el cambio, que les permita alcanzar una mayor autonomía e independencia.

Esto genera un cambio en la dinámica familiar produciéndose una transición del período centrípeto, donde se interiorizan las relaciones y fijando límites externos impermeables, al centrífugo,

con cambios en la estructura familiar para acomodar los objetivos que enfatizan el intercambio individual de los miembros de la familia con el ambiente extra familiar, por lo que el límite externo de la familia se pierde mientras la distancia entre algunos de los miembros de la familia aumenta.

La búsqueda de la identidad personal y social del adolescente provoca cambios en el ciclo vital familiar que puede propiciar un desequilibrio en el sistema familiar. Las familias con adolescentes padecen, sobre todo, **crisis familiares**, entendidas como tensiones que afectan a la familia y requieren para su resolución un cambio que le aparte del repertorio habitual de reglas, normas, relaciones y comunicación del sistema familiar. Estas tensiones vienen provocadas por cambios cuyo origen tiene que ver con las tareas de desarrollo del adolescente, y cuando se carecen de recursos familiares y extra familiares se puede entrar en una disfunción.

Toda esta dinámica hace que las relaciones entre los diferentes subsistemas familiares adquieren una gran complejidad provocada por la búsqueda de mayor autonomía e independencia por parte del adolescente, así como del inicio de su socialización mediante el grupo de amigos. Es vital, por tanto, que la familia varíe los roles y las normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. Sin embargo, la adolescencia puede ser útil para **lograr una mayor cohesión familiar**. Se ha comprobado cómo la percepción de una buena función familiar se asocia a un mayor grado de apoyo social: esto es, para crecer y separarse de la familia se requiere que ésta sea cohesiva, estando el desarrollo psicosocial del adolescente supeditado a la madurez de la familia. Los amigos son un referente en normas y valores para el adolescente pero, si se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar, su red social

mejora y su proceso de socialización puede completarse más satisfactoriamente.

2. Atendiendo al adolescente y a su familia

Habitualmente la mayoría de las consultas durante la adolescencia consisten en demandas por patología banal, con soluciones tentadoramente rápidas. No obstante, en todos los casos el contacto con los adolescentes en consulta se debe entender como una oportunidad para iniciar una atención biopsicosocial al adolescente, incluyendo la valoración de la estructura y la funcionalidad familiar. El cambio de la atención pediátrica a la del médico de familia a los 14 años es un buen momento para valorar de forma integral al adolescente.

La salud del adolescente suele ser buena en general, aunque el crecimiento físico y psíquico que experimentan puede verse comprometido por una serie de patologías típicas de esta etapa así como a determinadas conductas de riesgo habituales entre los menores. La mayoría de los problemas de salud de la edad adulta se inician durante la adolescencia y que la familia desempeña un papel fundamental tanto en las vivencias saludables como en las creencias y expectativas frente al sistema sanitario.

Objetivos en la interacción en consulta con el adolescente

- a) Resolver la demanda específica.
- b) Construir una buena relación terapéutica con el adolescente.
- c) Conocer la dinámica familiar y su entorno social.
- c) Estimular la reflexión sobre los factores de riesgo detectados para su salud.
- d) Promover una progresiva toma de responsabilidad sobre su autocuidado.

Se debe ceder el protagonismo al adolescente en la consulta para que vaya adquiriendo compromisos personales sobre su salud, al tiempo que hay que dejar un espacio para la interacción con los padres y las madres para conocer mejor la relación familiar. Cualquier contacto en consulta es un buen momento para recabar información acerca de la dinámica y estructura familiar (anexo 1), incluyendo la realización de un genograma, ya que permite conocer el ambiente familiar y detectar posibles situaciones de riesgo. De esta forma, el médico de familia puede anticipar problemas inherentes a los cambios familiares así como para detectar acontecimientos vitales estresantes y situaciones de riesgo.

3. Valoración de la función familiar

La percepción de la función familiar que tienen los adolescentes es similar a resultados encontrados en la población adulta, sobre todo en la frecuencia de disfunciones leves y graves. A la vista de estos datos, parece lógico pensar que las familias con adolescentes, pese a encontrarse en una fase de cambio, no tienen porqué tener mayores alteraciones en la dinámica familiar que las que sufren otras familias en cualquier otro estadio del ciclo vital familiar.

Tradicionalmente se ha admitido que los adolescentes realizan una ruptura gradual con los lazos de la familia de origen, disminuyendo la importancia del subsistema parental y generándose un mayor desacuerdo generacional con un acercamiento más intenso a sus pares. Esto puede ocurrir con mayor frecuencia en adolescentes más mayores; una posible causa podría ser el cambio de objetivos en la actual generación

de padres/madres, que ya no se centran en construir una existencia, sino en asegurar un estándar de vida, junto a un descenso progresivo en la última década de la edad de emancipación de los menores.

Pese a esto, las relaciones emocionales entre padres/madres e hijos adolescentes son generalmente buenas y disponen de numerosas posibilidades para apoyar económicamente, durante varios años, a los adolescentes. En general, asistimos a una evolución temporal donde se mantiene el apego sentimental de los menores hacia sus familias de origen y donde las tensiones entre generaciones no supondrían una amenaza para los lazos emocionales creados en el seno de la familia y los acuerdos sobre valores fundamentales.

3.1 El genograma

El **genograma** es una herramienta fundamental para conocer sistemáticamente la dinámica familiar del adolescente. Aporta información sobre eventos estresantes y también da noticias de aquellas situaciones críticas que tiene un patrón repetitivo en varias generaciones.

Se trata de una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona rápidamente una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc.

La construcción de un genograma familiar se compone de tres fases sucesivas.

1. trazado de la estructura familiar

En esta primera fase se representan las relaciones biológicas y legales entre los miembros de la familia, en forma de árbol genealógico, representando hombre como cuadrados y mujeres como círculos y estableciendo líneas de parentesco por generaciones. Se delimita el hogar del adolescente rodeando en un mismo círculo aquellas personas que comparten domicilio.

2. recogida de la información básica sobre la familia

Otros datos importantes sobre la familia son la información demográfica (edad, fecha de matrimonio/separación y de muerte, profesión, nivel educativo...) y la información clínica relevante (antecedentes personales, hábitos de riesgo). El genograma debe incluir sucesos familiares críticos y acontecimientos vitales estresantes.

3. registro de las relaciones familiares

La representación en el genograma de las relaciones familiares se basa tanto en el informe de la propia familia, como en la observación clínica. Se utilizan diferentes tipos de líneas para representar estas relaciones, o que facilita conocer las pautas vinculares en la familia del adolescente.

El genograma en sí mismo es también una **intervención terapéutica** útil para generar cambios en las familias. Permite implicar a la familia entera en el problema del adolescente, favorece que los propios adolescentes y sus padres reflexionen sobre la dinámica familiar y cuestionen el sistema al no centrarse

tan solo en el síntoma y en su portador, y ayuda a generar hipótesis que aclaren las pautas familiares sobre los cambios que surgen en la adolescencia.

3.2 El modelo de círculos

Otra herramienta que facilita el paso de lo individual a lo familiar y que permite entender a las personas dentro de su contexto, es el **modelo de círculo familiar**. Es una herramienta sencilla que permite al adolescente explicar de forma grafica sus relaciones con el entorno familiar y social. El médico inicia el modelo dibujando en una hoja en blanco un gran círculo, indicando al adolescente que en dicho círculo debe representar a aquellas personas que considera que son importantes en su vida. Para ello, el propio adolescente se representará mediante un círculo y luego dibujará una serie de círculos para representar a las personas, familiares o no, vivas o muertas, que hayan tenido influencia en su vida. Puede incluir también su instituto, sus aficiones o los animales de compañía. Estos círculos puede situarlos dentro o fuera del círculo inicial, y puede dibujarlas en contacto, superpuestas o alejados, de acuerdo con la distancia o proximidad de su relación. Los círculos puede construirlos de distinto tamaño, dependiendo de la importancia que tengan para el paciente, y colocar dentro una inicial para poderlos identificar

Para interpretar el resultado, se invita al adolescente a que explique el significado de los círculos mediante una entrevista abierta. El médico deberá estar muy atento para detectar las reacciones no verbales que suscitan las reflexiones y comentarios sobre una determinada persona. Una vez finalizado su relato, se pueden plantear preguntas dirigidas a clarificar algunos aspectos concretos: quiénes ocupan los lugares más centrales, la proximidad o distancia de ciertas personas y los límites del

espacio personal. El médico no deberá de interpretar los dibujos, es el adolescente quien debe de comunicar su significado.

Este método de trabajo tiene la ventaja de que implica directamente al paciente en el proceso de aportar datos sobre su mundo físico y emocional, y permite al adolescente hacer consciente información sobre su relación afectiva con la familia, los amigos y otras personas de su entornos, la influencia de otros entornos (como el instituto) en sus relaciones o como apoyo, y los problemas o conflictos que pudiera tener con el entorno.

3.3 Test para valorar la función familiar

Diversos cuestionarios pueden ser utilizados para valorar la función familiar percibida por el adolescente. El más conocido y usado en Atención Primaria es el **test de Apgar familiar**, que mide la el grado de satisfacción y la percepción subjetiva del adolescente sobre la funcionalidad de su familia así como su integración en ella. Su denominación proviene de las siglas de A (Adaptabilidad), P (Participación o compañerismo), G (Ganancia o crecimiento), A (Afecto) y R (Resolución), ítems empleados en la evaluación de la función familiar.

Es un instrumento muy útil en Atención Primaria por su facilidad de uso para realizar una evaluación familiar global. Ha sido validado para la población española y puede ser utilizado como instrumento de cribado o para estudios de investigación. El test se ha recogido en el anexo 2, donde se indica la forma de puntuar las respuestas y la clasificación del resultado en familia normofuncionante, disfunción familiar leve y disfunción familiar grave.

La escala **FACES IV (Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar)** se basa en el **modelo circunflejo de Olsen**, un referente válido para la investigación en familia que se basa en tres elementos claves en la funcionalidad familiar: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación.

- La cohesión es definida como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.
- La adaptabilidad se considera como la habilidad que tiene la familia para cambiar su estructura de poder, las relaciones de los roles y las reglas en respuesta a tensiones puntuales o evolutivas.
- Por último, la comunicación actúa como una dimensión facilitadora que permite que las familias se muevan dentro de las otras dos dimensiones.

Esta escala puede ser aplicada a todos los miembros de la familia mayores de 12 años. La administración a los distintos miembros de la familia puede ser colectiva, pero deben completar el instrumento de forma independiente, sin consultar o discutir sus respuestas hasta que se hayan completado. No hay límite de tiempo para contestarlo aunque se estima que su aplicación dura aproximadamente 15 minutos.

Ofrece los perfiles de seis tipos de familia y se denominan (de la familia más balanceada a la más problemática): balanceado, rígidamente cohesivo, rango medio, flexiblemente desbalanceado, caóticamente desconectado y desbalanceado. Las características familiares agrupadas por dimensiones se muestran en el anexo 3.

3.4 Test para valorar el nivel social de la familia

La **Escala de Graffar-Méndez Castellanos** ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias en base a 5 variables, la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingresos de la familia, y condiciones de alojamiento. Se obtiene un puntaje de 4 a 20 dando a mayor puntaje menor estrato económico, considerándose de estrato alto hasta marginal (anexo 4).

Bibliografía

De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Granada: Ediciones Adhara 2005.

Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, Hernández-Godínez MA. El médico familiar y sus herramientas. REVISTA MÉDICA MD 2015; 4: 295-9.

Pérez-Milena A, Mesa-Gallardo I, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Leal-Helmling FJ, Jiménez-Pulido I. Cambios en la estructura y la función familiar del adolescente. Salud(i)Ciencia 2012; 19:232-6.

ANEXO 1. Tipos de estructuras familiares

(Modificado de De la Revilla 2004)

Familia extensa

Familia nuclear

Según la proximidad a la familia nuclear de los miembros de las familias de origen:

- *con parientes próximos*
- *sin parientes próximos*

Familia nuclear ampliada

Según el tipo de parentesco de las personas que vivan en el hogar:

- *con parientes*
- *con agregados*
-

Familia monoparental

Según la proximidad a la familia monoparental de los miembros de la familia de origen:

- *con parientes próximos*
- *sin parientes próximos*

Familia monoparental ampliada

- *con parientes*
- *con agregados*

Familia reconstituida

con madrastra/ con padrastro/ con padrastro y madrastra/ con hijos comunes

Personas sin familia

Equivalentes familiares

ANEXO 2. Test de Apgar familiar

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	0	1	2
¿Conversáis entre vosotros los problemas que hay en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?	0	1	2
¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2

Se marca en cada fila una de las tres opciones, resultando un valor cero en la casilla “casi nunca”, un valor uno en la casilla “a veces” y un valor dos en la casilla “casi siempre”.

La percepción de los individuos acerca de la calidad de la función familiar se clasifica como:

- Normofuncionales: 7 - 10 puntos.
- Disfuncionales: 0 – 6 puntos.
 - Graves: 0 – 2 puntos.
 - Leves: 3 – 6 puntos.

ANEXO 3. Características familiares agrupadas por dimensiones en la Escala FACES IV.

DIMENSIONES COHESIÓN-DESPEGO

- Los miembros de mi familia raramente dependemos los unos de los otros
- Nos llevamos mejor con gente que no es de la familia que con los que realmente sí lo son
- En nuestra familia resolvemos cada uno nuestros propios problemas
- En nuestra familia no hay nadie que se ofrezca para ayudar
- Casi nunca nos sentimos cercanos, incluso cuando estamos juntos
- En casa los miembros de la familia parece que evitamos el tener que relacionarnos con el resto

DIMENSIONES COHESIÓN-APEGO

- Nos molesta que los miembros de la familia se relacione fuera del entorno familia
- Pasamos demasiado tiempo juntos
- Nos sentimos demasiado unidos
- Los miembros de la familia tenemos pocas necesidades de amigos fuera de la familia
- Los miembros de la familia somos demasiado dependientes los unos de los otros
- Los miembros de la familia nos sentimos culpables cuando queremos pasar tiempo lejos de la familia

DIMENSIONES ADAPTABILIDAD-RIGIDEZ

- En nuestra familia nos gusta que todo continúe de la misma forma
- En nuestra familia es importante seguir las reglas
- Cuando te asignan una tarea ya no hay modo de cambiarla
- En nuestra familia hay una regla para cada situación
- Si se rompen las reglas de nuestra familia las consecuencias son duras
- Cuando un miembro de la familia hace algo equivocado las consecuencias son severas

DIMENSIONES ADAPTABILIDAD-CAOS

- Parece que nunca conseguimos organizarnos tanto para resolver tareas diarias como atender cuestiones nuevas
- Las cosas se dejan hacer en nuestra familia
- Parece que nuestra familia fuera caótica
- Necesitamos más normas en nuestra familia
- Nuestra familia parece estar desorganizada
- En nuestra familia resulta difícil saber quién es el responsable de cada cosa

ANEXO 4. Escala de Graffar-Méndez Castellanos

Profesión del cabeza de familia
[1 punto] Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
[2 puntos] Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
[3 puntos] Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
[4 puntos] Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
[5 puntos] Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
Nivel de instrucción de la madre
[1 punto] Enseñanza Universitaria o su equivalente
[2 puntos] Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
[3 puntos] Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
[4 puntos] Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
[5 puntos] Analfabeta
Principal fuente de ingreso de la familia
[1 punto] Fortuna heredada o adquirida
[2 puntos] Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
[3 puntos] Sueldo mensual
[4 puntos] Salario semanal, por día, entrada a destajo
[5 puntos] Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento
[1 punto] Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
[2 puntos] Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
[3 puntos] Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
[4 puntos] Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
[5 puntos] Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación de la puntuación:

- [4-6] estrato alto,
- [7-9] estrato medio alto,
- [10-12] estrato medio bajo,
- [13-16] estrato obrero,
- [17-20] estrato marginal

Capítulo 4.

CONCEPTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

Francisco Javier Leal Helmling

PUNTOS CLAVE

El desarrollo moral del adolescente alcanza su madurez entre los 13 y los 15 años.

Salvo casos especiales la legislación española considera al individuo jurídicamente capacitado a los 16 años. Por debajo de esta edad es al profesional sanitario a quien le corresponde valorar su madurez.

Según la decisión y sus consecuencias el adolescente puede que esté capacitado para tomar ciertas decisiones, pero para otras no.

Aunque no esté capacitado no se debe omitir el derecho de ser escuchado, favoreciendo desde las consultas y con el consentimiento de los tutores la autonomía en la toma de decisiones

1. Concepto de bioética

La Bioética es una disciplina filosófica derivada de la ética que plantea cómo se debe actuar en el acto médico y el motivo de dicha actuación. La bioética podríamos definirla como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales" (Reich, 1978).

La responsabilidad moral de los médicos se fundamenta en los principios organizadores éticos: **beneficencia y autonomía**, del *ámbito privado, donde opina el adolescente y su familia* y **no maleficencia**, donde se procura evitar cualquier posible daño o sufrimiento físico o mental innecesario. Estos principios se establecieron de forma explícita en el informe Belmont en 1978, donde se planteó el informe de "Principios Éticos y Pautas para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación". Desde este momento se plantean otros tres principios en respuesta a situaciones más complejas que no resolvía el Código de Nuremberg, tras los experimentos con humanos en la segunda guerra mundial. Estas tres normas son el **principio de respeto a las personas** desde la perspectiva de la autonomía y del derecho a la protección en casos de autonomía disminuida, **el de beneficencia y el de justicia**. De aquí surgieron prácticas actuales en la medicina como son la aplicación de consentimientos informados o la valoración de riesgos/beneficios a la hora de la toma de decisiones.

Finalmente en 1979 T. L. Beauchamp y J. F. Childress, definieron los cuatro principios de la bioética moderna que son la **no maleficencia y justicia** (del ámbito público, donde interviene el médico), y **beneficencia y autonomía** (del ámbito privado, donde opina el adolescente y su familia).

La Convención de Ginebra de 1989 sobre los Derechos del Niño es un tratado internacional donde reconoce a niños y niñas el derecho a que se respeten sus derechos fundamentales así como el acceso de asistencia jurídica. También reconoce el derecho a expresar su opinión y que se tengan en cuenta en todos los asuntos en que le afectan.

2. El desarrollo moral del adolescente

Aunque jurídicamente existen unos límites establecidos para ciertas decisiones con respecto al menor, en la práctica médica diaria puede ser difícil saber cuando el individuo se puede considerar moralmente responsable de sus propios actos. Durante el periodo de preadolescencia, y según Piaget, el «realismo» del niño le hace identificar lo moral con lo real y considerar que las normas morales, como las físicas, son absolutas, sagradas e intocables. Entre los 3 y los 8 años, el menor identifica reglas morales con leyes físicas, sin relación directa con los valores o la intencionalidad. En este momento, las normas morales son absolutas (**heteronomía**): o está bien, o está mal.

A partir de este punto es cuando el preadolescente empieza a cambiar todas esas normas universales y que percibe como reales por un proceso de internalización de normas buscando sus propios criterios autónomos (**autonomía**). Entre los 8 y 11 años aparece el **principio de justicia** (igual trato para todos en igualdad de circunstancias) y se modulan entre los 11-12 años los criterios de equidad (de acuerdo con las circunstancias particulares).

El desarrollo moral alcanza ya una cierta madurez en torno a los 16-18 años; sin embargo, los estudios de psicología evolutiva de la moralidad demuestran que la mayor parte de los adolescentes

alcanzan su madurez moral bastante antes de esa edad, entre los 13 y los 15 años. Nunca ha resultado fácil dar una respuesta clara y contundente al tema de cuándo comienzan los seres humanos a ser morales y jurídicamente responsables de sus actos. Los jóvenes pueden ser perfectamente capaces de darse cuenta de las situaciones y ser por tanto responsables de sus actos.

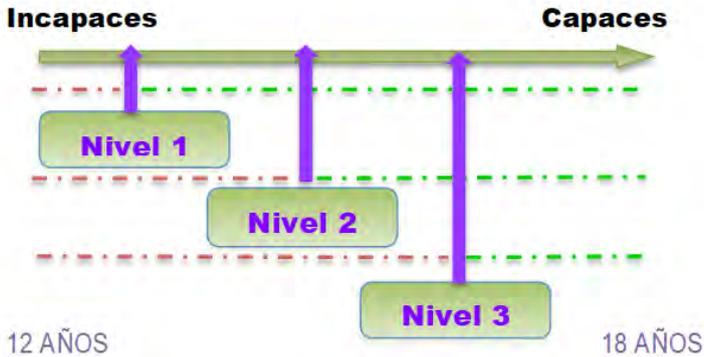
Esta distinción es muy importante, dado que ayudará a no confundir la madurez moral con la capacidad moral, o incluso con la jurídica. Esto ha llevado a elaborar lo que hoy denominamos Doctrina del Menor Maduro en donde se establecen los 12 años la edad en la que el menor si goza de madurez suficiente puede disfrutar de sus propios derechos

Aun así no todas las decisiones de ámbito sociosanitario tienen el mismo calado. Drane elaboró una escala móvil de tres niveles según el tipo de decisión que toma el individuo.

1. El nivel uno corresponde a tratamientos fáciles y eficaces. Estos suponen poco riesgo para el paciente por lo que no deriva grandes consecuencias. Es por ello por lo que el adolescente está preparado a edades tempranas.
2. El nivel dos corresponde a tratamientos con más riesgo pero el beneficio sigue siendo claro.
3. El tercer nivel o supone escaso beneficio frente a un riesgo grave o las consecuencias sobre el paciente son irreversibles. Este nivel queda sobre todo para las decisiones en mayores de 16 años que requieren de la información de un tutor que posteriormente se indicarán.

Está claro que nunca se puede considerar igual un tratamiento para dismenorrea o un catarro que una píldora del día después, una transfusión o una donación de órganos in vivo.

Escala móvil de Drane



3. La doctrina del menor maduro y la legislación

En el adolescente de más de 18 años no existe problema a nivel jurídico pero por debajo de esta edad es difícil tomar decisiones sobre la “capacidad de hecho” de cada una de las variables que se presentan en la práctica diaria.

La **Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente** y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (**LO 41/2002**) establece la necesidad de tener en cuenta la opinión de los menores entre 12 y 16 años, aunque obliga a solicitar el consentimiento a su representante legal. En el caso de menores con más de 16 años, serán ellos quienes darán el consentimiento, salvo que presenten manifiestos signos de inmadurez psicológica. Existen unas excepciones reguladas que son el caso de la reproducción

asistida, interrupción voluntaria del embarazo, participar en ensayos clínicos y la donación de órganos in vivo. En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo entre los 16 y 17 años el individuo tendrá que dar su consentimiento siempre que sus padres o tutores estén informados. Solo en el caso de que exista información de que le pueda suponer una situación de conflicto familiar grave, con violencia familiar, amenazas o situaciones de desarraigo o desamparo pudieran ser excepciones a este traspaso de información a tutores.

La **doctrina del «menor maduro»** nació en los años setenta en el ámbito biomédico. Parte de la consideración que los derechos de la personalidad (artículo 162.1 del Código civil español), junto a los derechos fundamentales de los que es titular (vida, libertad, honor, intimidad...), pueden ser ejercidos desde el mismo momento que la persona es suficientemente madura, lo que puede suceder mucho antes de los 18 años. Así, establece en 12 años la edad en la que un menor puede disfrutar de sus derechos humanos, si posee la madurez necesaria.

Queda claro que corresponde al médico valorar si el adolescente menor de 16 años que demanda la atención clínica puede ser suficientemente competente (maduro) o no para tomar decisiones por sí mismo. Desgraciadamente en nuestro medio no existe ningún método validado pero una valoración explícita de la capacitación será, sin duda, de gran ayuda y debe de constar en la historia de salud. Entre otros factores es recomendable valorar:

- a. Si tiene dificultades para comprender la información que se le suministra.
- b. Si es capaz de retener toda la información dada o en caso contrario si lo hace de forma defectuosa.

- c. Si maneja la información de forma lógica a la hora de tomar la decisión.
- d. Si determina o no las posibles consecuencias en caso de tomar su decisión así como si ha sopesado cada una de las alternativas.
- e. Si logra tomar una decisión o no, la comunica y la defiende de forma lógica.

No obstante no se debe olvidar que, para valorar estos criterios, puede ser de gran ayuda contar con la opinión de otros profesionales implicados en la atención como puede ser enfermería, trabajador social o incluso profesionales de la educación en su centro de estudios.

Para el adolescente, las conversaciones con su médico pueden ser un paso importante en dirección a su autonomía y el ser reconocido por primera vez como individuo responsable. Se trata de reconocer su crecimiento moral, determinar si el adolescente es maduro y estimular su autorresponsabilidad.

Durante la consulta con el adolescente debe existir un momento donde se explique la importancia de integrar a los padres en el proceso de toma de decisiones del adolescente; sin embargo, si el adolescente no desea que los padres intervengan se deberá respetar su voluntad, salvo casos de imperativo legal.

Es por ello que puede ser interesante en algún momento cuando el adolescente se integra en nuestro cupo como médicos de familia que se tenga una entrevista bidireccional con padres y adolescentes sobre los derechos del menor para *que sean los mismos tutores los que permitan al médico de cabecera favorecer este proceso de maduración en el ámbito de la confidencialidad sin dejar de preservar su salud.*

12 AÑOS: Derecho a ser escuchado

Ley 41/2002 Básica de autonomía del paciente.

Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

16 AÑOS: edad de consentimiento sexual

Código penal español

Artículo 181(1) - El que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.

Artículo 181(2) - A los efectos del apartado anterior, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto.

Artículo 183(1) - El que realizare actos que atenten contra la indemnidad sexual de un menor de trece años será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años. Sin embargo, si se recurre al engaño para obtener el consentimiento de un menor de 16 años los padres pueden levantar cargos por estupro.

Según la **Directiva 2011/93** se definen los 16 años como “edad de consentimiento sexual”, por debajo de la cual está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor (**Ley orgánica 1/2015**, de 30 de marzo por lo que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Pena). De esta manera, la realización de actos de carácter sexual con menores de dieciséis años será considerada, en todo

caso, como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.

14 AÑOS para la mujer y 16 AÑOS para el hombre
Edad de matrimonio con permiso judicial

Derecho canónico

El Derecho Canónico fijaba en el Codex de 1983 en 14 años para la mujer y 16 para el hombre y dispone incluso que la Conferencia Episcopal puede establecer una edad superior para la celebración lícita del matrimonio (canon 1083) hasta 2015 en la que se ha cambiado de los 14 a los 16 años.

16 AÑOS Mayoría de edad sanitaria

Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente

Artículo 9.3 Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

Artículo 9.4 “La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general para la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación”

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad. (Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre).

4. La comunicación con la familia y el duelo

Las herramientas fundamentales con las que cuentan los equipos sanitarios durante todo el proceso de atención integral al adolescente y su familia son la **información** y la **comunicación**. Se debe tener en cuenta que la información de la familia es clave para la toma de decisiones con el adolescente. La atención al adolescente en Atención Primaria se basa también en la familia por lo que se debe intentar que el ambiente familiar del adolescente sea lo más propicio para permitir un desarrollo favorable. Para ello es necesario que la información que se intercambie sea veraz, real y comprensible tanto con el adolescente como para los padres. En todo el proceso de atención centrada en la familia resulta imprescindible una buena comunicación entre el personal sanitario y la familia, dado que una buena información es la base para una comunicación eficaz.

La familia considera, la mayoría de las veces, que las capacidades de comunicación del equipo sanitario son tanto o más importantes que sus capacidades clínicas y técnicas. Todo ello contribuye a disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en situaciones difíciles y en momentos tan críticos como en las enfermedades mortales y la elaboración del duelo.

- **La ansiedad y el estrés** que puede experimentar la familia dificultan la comprensión y retención de los mensajes. Debemos asegurarnos de que éstos llegan, por ejemplo, repitiéndolos las veces que sea necesario, preguntando si se ha comprendido, pidiendo que nos repitan qué es lo que han entendido, emplazando para un siguiente encuentro en el que reiterar y reforzar los mensajes...

- Coordinando eficazmente la información que se trasmite por parte de todo el personal. **El equipo médico no debe dar informaciones contradictorias o diferentes**, siendo un solo responsable sanitario el interlocutor. Una buena parte de la información que recibe la familia se hace a través de Atención Primaria y, con seguridad, si se produce el fallecimiento, la familia seguirá recibiendo atención en el duelo por el equipo de Primaria.
- La información y la comunicación han de desarrollarse en un ambiente en el que el equipo genere la **máxima cercanía y confianza posibles**. Por ejemplo, las familias que perciben distanciamiento emocional del equipo de la UCIP muestran un duelo inapropiado.
- También son garantías para una buena comunicación e información que paciente y familia **conozcan la identidad de las personas responsables de enfermería y medicina** y tengan la certeza de su implicación en el tratamiento y en su cuidado.
- La **información** ha de ser **tan frecuente como sea necesario**. Se debe informar de forma proactiva y no solo a demanda o en respuesta a las preguntas. Es conveniente buscar también algún momento para sostener una pequeña conversación informal, interesarse por el estado de paciente o familia o dedicar una palabra de ánimo.
- Una buena relación y comunicación precisa del reconocimiento por parte del equipo del conocimiento de la madre y el padre en su propio hijo o hija, de un tratamiento basado en el **respeto mutuo** entre personas, de igual a igual,

con necesidades y vidas propias y del reconocimiento del estrés personal y de la alteración familiar que se produce.

La mejor forma de evitar el conflicto es dar una información veraz, real y comprensible, conseguir una relación de confianza entre familia y profesionales e intentar evitar actitudes excesivamente paternalistas, autoritarias o de prepotencia. La actitud del personal sanitario hacia la familia y la información del equipo puede tener un efecto directo para facilitar la adaptación a la pérdida de un ser querido y tener un proceso de duelo adecuado.

La información de la familia es clave para la toma de decisiones. Si la familia recibe claramente el mensaje de que su hijo/a esta muriéndose, tendrá tiempo suficiente para despedirse, preguntar sus dudas, plantear sus necesidades, prepararse para la muerte y el duelo y contactar con sus familiares más próximos.

Legislación española

- Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
- Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo que modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 77 (31-03-2015).
- Ley 15/2015 de 2 de julio de la Jurisdicción Voluntaria. Boletín Oficial del Estado, nº 158 (03-07-2015)
- Ley de Derechos y Garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte Boletín Oficial del Estado, nº 127 (25-05-2010)

Bibliografía

- Beauchamp TL, Childress J. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999
- DRANE FJ. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984; 252: 925-927.
- Escudero Carretero MJ, Simón Lorda P. El final de la vida en la infancia y la adolescencia: aspectos éticos y jurídicos en la atención sanitaria. Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2011. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_2_c_19_bioetica_sspa/etica_infancia/02_aspecto_eticos_juridicos.pdf
- Esquerda M, Pifarre J, Gabaldón S. Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. *FMC*. 2009; 16:547-53.
- Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:179-90.
- Ogando Díaz B, García-Pérez C. Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor maduro. *Pediatr Integral*. 2007; XI:877-83.
- Sánchez Jacob M. El menor maduro. *Bol Pediatr*. 2005; 45:156-60.
- The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979. URL: <http://www.hhs.gov/ohrp/policy/belmont.html>

Capítulo 5.

LA COMUNICACIÓN CON EL ADOLESCENTE

Carlos Pérez Fuentes

PUNTOS CLAVE

El modelo de comunicación centrada en el adolescente es útil para explorar la enfermedad y las vivencias, comprender al adolescente de forma global y buscar acuerdos.

El adolescente debe ser el centro de la consulta, cediéndole el protagonismo y dejando espacio para que padres y otros familiares puedan expresarse.

Existen diferentes técnicas que permiten al médico de familia comunicarse de forma más eficaz con el adolescente: técnicas de apoyo narrativo, comunicación no verbal y técnica del puente.

La actitud correcta del médico se basan en el respeto y la empatía, crítico con los hábitos de riesgo pero firme en su apoyo al menor.

El adolescente tiende a sentirse el centro de las situaciones, no suele preocuparse por el efecto que su forma de actuar tiene en los demás, tiende a generalizar sin diferenciar las características individuales de los demás y, por último, suelen rechazar activamente las figuras investidas de autoridad. Sin embargo, también opinan que su médico es una fuente de información fiable, lo que supone un punto de partida excelente para iniciar una relación terapéutica apropiada. No obstante, si no recibe la ayuda que espera de un médico, puede mantener una actitud de desconfianza hacia el sistema sanitario y sus profesionales.

1. Comunicación centrada en el Adolescente

La entrevista con adolescentes mejora adoptando el modelo de ***Comunicación Centrada en el Paciente***, que se basa en los siguientes puntos:

1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona: síntomas, creencias, experiencias previas, expectativas, emociones e Impacto en su función.
2. Comprender al adolescente de forma global (valoración biopsicosocial)
3. Buscar acuerdos con el paciente.
4. Incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud: mejorar el nivel de salud, identificar y abordar factores de riesgo
5. Cuidar la relación médico-adolescente: avanzar en la relación, crear intimidad, ofrecer pactos y usar el efecto placebo que la relación tiene en sí.
6. Ser realista: ver el modelo como una aproximación a largo plazo, planificar y organizar los recursos, realizar trabajo en equipo, establecer prioridades, marcar objetivos razonables y alcanzables, y controlar el tiempo y la energía emocional.

Cuando en la consulta a demanda se puede dedicar poco tiempo al adolescente, es útil valorar tan sólo aquellos aspectos del modelo que tengan más importancia, lo que se puede deducir mediante una actitud abierta a las claves del paciente (con especial atención a la comunicación no verbal) e incorporando en la rutina de entrevista algunas preguntas del modelo centrado en el paciente que exploren de forma amplia diferentes aspectos (creencias, expectativas, miedos, hábitos nocivos...).

2. Esquema general de la entrevista clínica

El objetivo principal de la entrevista clínica es recoger la información suficiente para poder establecer un diagnóstico y elaborar un plan terapéutico adecuado. La entrevista en adolescentes sigue el esquema general de la realizada en adultos, pero con algunas diferencias:

1. Se precisa crear una buena relación para crear confianza y facilitar el acceso del adolescente al sistema sanitario. Deben tenerse en cuenta los aspectos psicosociales, fundamentales en la percepción del adolescente sobre salud y enfermedad.
2. Cada consulta es una oportunidad para detectar precozmente estilos de vida poco saludables y realizar educación para la salud.
3. La fase exploratoria no acaba en la exploración física: tras el contacto y la cercanía física, el adolescente puede sentirse más relajado para comentar otros aspectos de su problema.

- *Recepción en la consulta*

Crear un clima relajado y de confianza con un recibimiento cálido y cercano, manteniendo el contacto visual y mostrando interés por lo que dice y por cómo lo dice. Es conveniente comenzar con una pregunta abierta, dirigiéndose al adolescente como a un adulto.

- *Entrevista inicial*

Dejar al adolescente que explique su problema, permitiendo hablar sin interrumpir ni emitir juicios de valor. La confidencialidad de la entrevista debe asegurarse de forma explícita. Se debe hacer una **escucha activa** para lo que es útil utilizar **técnicas de apoyo narrativo**, con especial atención a la comunicación no verbal (postura, tono de la voz, microexpresiones faciales...). A continuación se exponen algunos ejemplos:

- **Pregunta facilitadora:** *“es frecuente que los jóvenes beban al salir de marcha, ¿tú lo haces?”*
- **Pregunta abierta:** *“eso que dices es importante, cuéntame más”.*
- **Frases por repetición:** *“me siento mal por culpa de mis padres” “¿tus padres?”.*
- **Señalamientos:** *“te veo preocupado por tus notas”.*
- **Clarificación:** *“a mí no me va el chocolate” “bueno, ¿y qué es el chocolate?”.*
- **Empatía:** *“entiendo que te sientas incómodo en la consulta”.*
- **Sumario:** *“resumiendo, entiendo que tú quieres volver más tarde a casa y que tus padres no te dejan”.*

Se debe situar la demanda en el contexto biográfico del adolescente, valorando su desarrollo personal, las experiencias y creencias familiares que le han sido transmitidas y el componente emocional añadido.

- *Exploración física*

Es importante comentar al adolescente qué maniobras se van a realizar en la exploración física y pedir su consentimiento, para que no sienta invadida su intimidad. Durante el examen, tanto el contacto físico como la cercanía ofrecen una oportunidad para realizar preguntas sobre aspectos más íntimos, sobre todo en relación a su imagen corporal, ayudando a conocer las auténticas preocupaciones del adolescente (la *demanda oculta*).

Una herramienta útil para la entrevista clínica al adolescente es el **consejo sociosanitario participativo**, que tiene cuatro fases:

Primera fase, ver y observar cual es la visión particular de sus propias realidades basadas en sus experiencias para descubrir sus problemas de una manera global y objetiva.

Segunda fase, juzgar, construyendo un juicio diagnóstico de los hechos mediante una reflexión crítica, para tratar de comprender esa realidad.

Tercera fase, actuar, poniendo en marcha acciones para mejorar la realidad observada.

Cuarta fase, evaluar los resultados conseguidos (modificación de estilos de vida).

La finalidad del consejo sociosanitario participativo es:

- Lograr adolescentes operativos, capaces de tomar decisiones propias.
- Ayudarle a determinar cuál es su problema.
- Descubrir las causa y condicionantes.

- Estimular para la búsqueda de posibles soluciones.
- Ayudar a que elija la más adecuada.

Para que el consejo sociosanitario sea efectivo es necesario que exista una buena relación adolescente-profesional, atender enfáticamente, desarrollar empatía, proporcionarle información adecuada a sus circunstancias y no tratar de persuadir, sino de ayudarlo a decidir por sí mismo. En el contexto del consejo sociosanitario participativo, se busca que el adolescente sea él mismo el que identifique sus conductas de riesgo y el que se autoexplora la sintomatología biopsicosocial asociada a esas conductas: rendimiento escolar y/o laboral, conflictos familiares y/o sociales, problemas emocionales y/o psicopatológicos, consumos descontrolados, dificultad para realizar y/o mantener actividades, aumento de accidentes por descuidos... Se busca ayudar al adolescente a evaluar las conductas y/o factores de riesgo y a la vez entregarle herramientas de trabajo en conjunto realistas, que no creen falsas expectativas, de autoimagen y autoeficacia.

Parte resolutive

Se debe transmitir la información completa y adecuada usando un lenguaje comprensible con un vocabulario entendible que se aleje de la jerga médica pero que no caiga en expresiones excesivamente coloquiales. Es necesario explicar la orientación diagnóstica y racionalizar el tratamiento para conseguir una mayor adherencia, dirigiéndose tanto a los padres como al propio adolescente.

Es conveniente orientar más que aconsejar, para que tome sus propias decisiones. Se pueden ofrecer diferentes opciones de cambio, siempre comenzando por pequeñas variaciones en el

estilo de vida que sean asumibles por el menor. En caso de comportamientos que sean de alto riesgo (por ejemplo, consumo de drogas) se debe establecer una alianza con el adolescente para que siga confiando en la relación, se buscarán medidas compartidas y/o ayuda a otros niveles sanitarios y se planteará la necesidad de involucrar en este proceso a los padres.

La reunión conjunta al final de la entrevista con el adolescente y el progenitor nos permite, entre otras cosas, planificar con ambos las medidas a seguir para resolver el problema que originó la demanda original. Siempre se ha de incluir una invitación al adolescente y a la familia para que vuelvan a consultar si cualquiera de ellos considera que el motivo de consulta no se resuelve o empeora o aparecen otros nuevos (técnica de “abrir el paraguas”).

4. Actitudes a tener en cuenta durante la entrevista del adolescente

1. Saludo cordial
2. Escucha activa dejándose impresionar por lo que dice, cómo lo dice, su aspecto y las emociones que nos provoca. Evitar las interrupciones incluso para escribir en la historia clínica.
3. Establecer una buena relación sin miedo al compromiso de confidencialidad dejando, si es preciso, claros, los límites del secreto profesional (riesgo para la vida o riesgo grave para otros)
4. Usar un lenguaje comprensible para el adolescente con el que se encuentre cómodo. Ni la jerga médica ni el argot juvenil de moda.

5. Facilitar que se sienta considerado persona y adulto. Evitar que se sienta un niño o, peor, un caso clínico.
6. Tomar en consideración todo comentario que el adolescente nos haga evitando hacer comentarios que impliquen un juicio de valor.
7. El punto de partida será el motivo de consulta pero conviene explorar todos aquellos detalles que nos interesan de la vida del adolescente y a su vez todos los motivos por los que viene
8. Averiguar todos los motivos por los que viene y, una vez expuestos, preguntar si hemos entendido la demanda.
9. Ordenar las demandas que nos pide y lo que no podemos ayudar poner el medio de ayuda. (dejarlo para el final).
10. Evitar a lo largo de la entrevista consultas que nos pueden descentrar el motivo por el que viene. Si aparecen nuevos motivos, mejor aparcarlos.
11. Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia y también asumir un papel parental sustituto. Reconocer las incomodidades de abordar ciertos temas y expresar los propios sentimientos, que frecuentemente tienen relación con los del adolescente.
12. Ante los padres actuar de abogado defensor, resaltar las cualidades positivas del adolescente y tener en cuenta que, apoyar al adolescente en un período de bajón no es lo mismo que apoyar una conducta.
13. Inculcar la responsabilidad del autocuidado

5. Comunicación no verbal

La comunicación supone el intercambio de información entre un emisor y un receptor. Existen dos componentes en la comunicación: Verbal y No Verbal. Para comprender el mensaje en su globalidad es necesario fijarnos en ambos componentes. En

el adolescente, la comunicación no verbal está cobrando una importancia mayor debido a que existe una tendencia a no confiar en las palabras: el adolescente cree o no lo que se dice en función de cómo se dice. De hecho hay autores para los que la comunicación no verbal es la más importante en el proceso comunicativo.

El Rostro

El rostro humano es la principal fuente de información de las personas. Existen más de mil expresiones faciales anatómicamente posibles, pero sólo unas cuantas tienen sentido real e inequívoco. El rostro se divide en tres zonas: 1º la frente y cejas, 2º los ojos y 3º nariz, mejillas, boca y mentón. Existen expresiones faciales, gestos, que son universales. La mirada es tal vez la forma más sutil del lenguaje corporal. Desde la infancia se nos enseña a como mirar y a qué esperar de la mirada de los demás y varía dependiendo de las culturas. Los movimientos oculares son importantes a distintos niveles: regulan las conversaciones, transmiten actitudes y sentimientos, y expresan la personalidad y el status el comportamiento ocular influye en la sexualidad de las personas.

La Apariencia Física

A primera vista, lo que llama la atención de una persona, es su aspecto físico, produciendo admiración, agrado, desagrado, indiferencia e incluso temor. Los adolescentes intentan ser diferentes de los demás por su aspecto físico, su vestimenta e incluso sus peinados. Con ello, quieren demostrar su disconformidad con la sociedad, incluso pretenden intimidar al resto, mostrando su agresividad con su aspecto. Un ejemplo de hoy en día son las distintas bandas urbanas.

La Proxémica

La proxémica estudia cómo el hombre estructura inconscientemente su microespacio. La burbuja de espacio personal de un ser humano representa el mismo margen de seguridad, variando sus dimensiones en función de que las relaciones sean personales o sociales. La explotación del espacio modifica la información transmitida: si el emisor se coloca por encima del receptor, de pie cuando el receptor está sentado, indica superioridad y dominancia. La posición indica status. Si el emisor y el receptor se encuentran sentados a la misma altura puede indicar enfrentamiento si se encuentra frente a frente, o en consonancia si se sientan uno al lado de otro.

Quinésica

Los movimientos instintivos y espontáneos del cuerpo reflejan y expresan la reacción mental y emocional a una situación específica, tópico o persona. Las personas se mueven de diferente forma dependiendo de su estado emocional e incluso dependiendo de su lugar de origen. Los gestos serían aquellos movimientos faciales o corporales que conllevan una significación en la comunicación, y se clasificarían en:

- **Adaptadores:** no llevan intencionalidad comunicativa explícita. Revelan estados emocionales o actitudes del interlocutor. Este tipo de gestos acercan a ciertos rasgos de personalidad del individuo.
- **Ilustradores:** aparecen asociados al lenguaje, guardando estrecha relación con la expresividad del individuo, su ámbito cultural y el grado de implicación personal en lo que dice.

- **Reguladores:** actúan preferentemente para ordenar los turnos de intervención.
- **Emblemas:** son gestos que presentan un significado en sí mismos, siendo inteligibles para todos los miembros de la comunidad (arquear las cejas, encoger los hombros...)

Posición Corporal

Describe el grado de atención e implicación en la conversación. Los adolescentes suelen adoptar una posición desplazada o invertida: transmite desinterés, temor, inseguridad, desconfianza, incredulidad. En ocasiones, denotan una actitud pasiva mediante el ángulo que adoptan frente al entrevistador: de frente mayor implicación; competir, enfrente; cooperar, uno al lado del otro.

Paralenguaje

Las cualidades del habla, es decir, el cómo se dicen las cosas y no sólo lo que se dice, son importantes en el proceso comunicativo. Las características son:

- El Ritmo: Fluidez verbal con que se expresa la persona.
- El Tono: Adecuación emocional del tono de voz utilizado en la conversación.
- Intensidad y Volumen.

Los Tiempos.

El “saber escuchar” es una cualidad muy importante en la atención al adolescente. El tiempo del discurso se refiere a la forma de hablar de cada individuo, de las pausas que realiza durante su discurso. El tiempo entre los hablantes mide la interacción entre ellos, una alta reactividad implica una actitud dominante. El tiempo de espera: los silencios, en ocasiones

facilitan la descarga emocional y de información, en otras situaciones producen incomodidad y tensión, pudiéndose utilizar de ambas formas.

6. Técnicas de apoyo narrativo

Lo que se busca es que se produzca un vaciamiento de toda la información preelaborada de los consultantes. En Atención Primaria, dado el poco tiempo que tenemos en consulta para atender a cada paciente (5 minutos aproximadamente y a veces incluso menos), se aconseja el uso de la **entrevista semiestructurada** mezclando momentos de libre narración con la orientación del entrevistador, es decir, evitando “irse por las ramas”.

Facilitadoras de la verbalización del paciente

Baja reactividad: el entrevistador permite un lapso de tiempo entre la intervención del paciente y la suya. Tiene como fin favorecer la libre narración.

Silencio funcional: ausencia de comunicación verbal que tiene por efecto proporcionar un tiempo de meditación al paciente, ayudar a su concentración, o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista. Proporciona tiempo para meditar y al mismo tiempo invita a seguir hablando.

Facilitación: conducta verbal o no verbal que ayuda a iniciar o proseguir el relato sin indicar ni sugerir contenidos. Fijar la mirada en el interlocutor, levantar las cejas, hacer un movimiento con la mano, inclinarse a quien habla, emitir un sonido inarticulado “aja”.

Empatía: conducta (verbal o no verbal) que expresa solidaridad emocional dejando a un lado prejuicios éticos o ideológicos. El **reflejar empáticamente** sugiere una emoción, en un momento dado y ante una situación (por ejemplo: “Te daría mucha rabia cuando sacaste tu primer suspenso”). Puede ser muy útil cuando hay dificultad para centrarse en los sentimientos y solo se hablan de hechos también puede ser útil para conocer la naturaleza de los sentimientos vividos, ponerles nombre y tomar conciencia (ej.: rabia odio venganza).

***Técnicas que ayudan a elaborar percepciones,
emociones o ideas***

Frases de repetición y respuestas espejo: consiste en repetir la frase acabada de pronunciar por el adolescente a fin de orientar la atención hacia aquel mismo aspecto. Ayudan al entrevistador a centrarse en un tema buscando los hechos, conductas y pensamientos, y dejando de centrarse en las emociones.

Ejemplo: “no aguanto al profesor de física” Respuesta: “así que no aguantas al profesor de física”.

Preguntas abiertas: La pregunta es para recabar información y para guiar la conversación. Las características de la pregunta deber ser de alto valor informativo y al tiempo no ser intromisiva. Preguntas tipo “qué” o “cómo” más paráfrasis siempre son menos intimidatorias a las de tipo “por qué”. Las preguntas cerradas esclarecen datos más concretos pero al mismo pueden reducir la capacidad de decisión del entrevistado.

Las **clarificaciones** obligan a explicar el sentido de una idea o termino. Ante situaciones embarazosas pueden facilitar las cosas

usar expresiones como estas: “muchos chicos de tu edad se masturban, imagino que habrás pensado en hacerlo, o lo harás”, o “me han dicho que para divertirse en las discotecas hay que drogarse, ¿qué opinas tú?”. “¿Qué opinas de....?”

Los **señalamientos** ponen de manifiesto emociones o conductas, profundizando en las motivaciones del adolescente (ejemplo: “Te veo muy a disgusto”). De todas formas es una técnica que puede ser peligrosa cuando se señala lo que es muy evidente porque puede ocasionar el rechazo o interpretar en vez de señalar y el adolescente puede ser muy sensible a estas conductas.

Interpretaciones, en ocasiones útiles cuando las relaciones con tus padres están llenas de conflictos Qué opinas de...

Reencuadres: Son cambios de intencionalidad, a partir de datos nuevos que surgen en la entrevista que no coinciden con las entrevistas previas-

Confrontación: pone de manifiesto contradicciones existentes en la narrativa del paciente tanto entre lo expresado verbalmente como lo que no. Ejemplo: “Dices que te has enterado pero por tu cara no lo tengo claro”.

Técnicas que disuaden la verbalización

Antagonismo, que opone, culpabiliza o impugna una emoción o conducta. Por regla general empeoran la relación (Ejemplo: “¿por qué no hiciste lo que quedamos?”).

Seguridades prematuras No aporta seguridad al adolescente y sí al médico que le atiende. Ejemplo: “seguro que se arregla”.

7. Riesgos en la entrevista con adolescentes

Algunos errores frecuentes en la consulta del adolescente pueden estar causados por estereotipos o prejuicios del médico acerca de la actitud que debe adoptar.

o Confundir la empatía por la cordialidad o con la simpatía. El adolescente puede esperar del médico favores pero siempre dentro de unas determinadas normas: "voy a tratar de hacer todo lo que pueda por ti pero siempre que sea correcto".

o *Etiquetar* a un adolescente por su forma de vestir o de actuar en la consulta nos impediría realizar una escucha racional y cercana.

o Utilizar un *estilo comunicacional reactivo*, respondiendo a emociones negativas o positivas de la misma manera.

o Hay que evitar la *dependencia de campo*: el adolescente quiere que se le quite la tos, la madre quiere una analítica porque lo ve muy delgado y al médico le preocupa el consumo de tabaco. ¡Los objetivos del profesional no tienen porqué coincidir con los del adolescente o los de los padres! Cumplir las expectativas del adolescente o de la madre en este caso puede suponer una consulta fácil, pero se deben incorporar obligatoriamente los objetivos derivados de los conocimientos técnicos del médico.

o No indagar las causas de un *bajo compromiso terapéutico* bajo por parte del adolescente. El adolescente tiende inicialmente a tener poca implicación en la consulta, sin aportar esfuerzos por su parte para cumplir el plan terapéutico propuesto por el médico (ya se encargan de eso sus padres...). La falta de compromiso puede ser por vergüenza a mostrar su intimidad o

las relaciones familiares existentes, miedo a la falta de confidencialidad, o por identificación del médico con las figuras de autoridad paterna. Conocer estas actitudes mejora la adherencia al tratamiento.

8. Cuando el adolescente no colabora

Cuando existe una discrepancia, la entrevista pierde el clima de confianza. **Cediendo protagonismo al adolescente** se puede recuperar, haciéndole ver cómo sus opiniones nos importan. No conviene discutir sino **señalar la resistencia** que él mismo está haciendo mediante una respuesta evaluativa: “no pareces muy de acuerdo, ¿no?”. De esta forma se ayuda a desactivar una barrera emocional que permite afrontar el problema desde otro punto de vista.

Entrevista desestructurada.

Es probable la entrevista haya sido desordenada y confusa persistiendo dudas importantes. En estas situaciones nos será muy útil el acrónimo F. A. C. T. O. R. E. S (ver temas anteriores)

Ante una actitud hostil:

- o No involucrarse en la acción negativa
- o Recordar que el padre/tutor no es el motivo de rabia.
- o Aludir a su actitud (“veo que no quieres hablar”).
- o Mostrar los propios sentimientos (*self-disclosure*).
- o Poner límites si fuera necesario (“no entiendo por qué tengo que estar pendiente de ti para encontrar un hueco en consulta, si eres el que tiene el problema tienes que comprometerte”).
- o Pedir disculpas si se ha cometido una falta

Si permanece en silencio

Se deben revisar los motivos de la consulta (reconducir objetivos), junto a un “cargarse de paciencia”. Se puede hacer un señalamiento de su actitud seguido de empatía (“ya me imagino como se debe de sentir uno ante esa circunstancia”) y no está de más usar el sentido del humor (“¿qué hace un chica como tú en un sitio como este?”). No hay que dejar que el silencio controle la entrevista: si no progresa finalizar y recitar otro día

Trabajando con padres invasivos

Es bastante frecuente que en la consulta los padres acompañen al adolescente y, además, tomen la iniciativa. La relación padre-hijo en consulta nos indica el tipo de relación existente en el hogar y el grado de autonomía e independencia con la que cuenta el propio adolescente. En ocasiones los padres son los únicos que hablan en la consulta, impidiendo que el adolescente de su opinión. Algunas técnicas para ordenar la entrevista y mejorar la comunicación son:

o Técnica del **vaciado de la interferencia**. Se interpela a los padres de forma cordial dejando que comenten todo lo que deseen sobre el adolescente y su problema, mostrando interés por dicha información.

o Técnica del **punto de fuga**. Pasar en la entrevista de padres a hijos, haciendo que comenten lo dicho por la otra parte (“¿qué te parece lo que ha dicho tu madre?”). Esto permite ofrecer al adolescente un **punto de fuga** (o apoyo narrativo), es decir, un momento donde se permite el vaciado de toda la información preelaborada mediante una escucha atenta y sin interrupciones, manejando silencios funcionales y con baja reactividad.

o Técnica del **pacto de intervención**. En caso de que el acompañante siga invadiendo el espacio del adolescente se le

propone un pacto: "bueno, usted ha tenido su tiempo para hablar, ¿le parece bien que ahora hable su hijo?".

o Creación de un **nuevo entorno**. Si el acompañante no acepta el pacto o bien el adolescente es remiso a hablar delante de sus padres, se puede desplazar la entrevista a otra zona de la consulta como es la camilla de exploraciones, aprovechando una mayor cercanía física para crear mayor conexión con el adolescente. También se puede proponer a los padres, siempre de forma cordial, que nos dejen a solas con el adolescente.

Bibliografía

- Casado Zuriguel I. Entrevistando a los adolescentes. AMF 2005; 1:138-47.
- De Álvarez M. La entrevista al adolescente. En: Buil C, Lete I, Ros R, De Pablo JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción; 2001. p. 149-69.
- Jarabo Crespo Y Vaz Leal J. La entrevista clínica con adolescentes. FMC 1995; 8:455-65.
- Prados JA, Cebrià J, Bosch JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC 2000; 7: 83- 88.
- Ruiz Lázaro PJ. La entrevista clínica al adolescente. JANO 2009; 1735:31-3.
- Rodríguez Sanz J, Gutiérrez Bejarano DZ, Álvarez-Ude Cotera F La entrevista con el adolescente: los elementos clave. FMC. 2015;22:360-8.

Capítulo 6.

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

María José Martínez Vera , María Ángeles Moreno Fontiveros

PUNTOS CLAVE

En la adolescencia se desarrollan estilos de vida y hábitos de salud que pueden tener repercusiones negativas sobre el bienestar y la salud futuros. Los aspectos psicosociales y los roles sociales pueden ser origen de problemas como los accidentes de tráfico o la violencia de género.

Es necesaria una transición programada desde las consultas de pediatría a las de medicina de familia en el seguimiento y atención de los adolescentes, verificando una correcta vacunación.

Es útil incorporar el consejo y prescripción de la actividad física y alimentación motivando y reforzando al adolescente en cada visita, aunque acuda por otro motivo, así como estar alerta ante posibles problemas de salud mental.

La evidencia es insuficiente para recomendar cribado rutinario de HTA en adolescentes, frente a la necesidad del cribado selectivo de colesterol cuando hay antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura

Los comportamientos de riesgo (consumo de drogas, violencia, accidentes) deben enmarcarse en los significados y contextos sociales donde se construyen y pueden ser considerados problemas de salud pública por las graves consecuencias psicológicas y sociales que generan.

La investigación de los comportamientos de riesgo en los adolescentes es imprescindible para diseñar estrategias preventivas eficaces

1. Introducción

La adolescencia es un periodo de transición con múltiples cambios físicos y psicológicos que requieren adaptaciones continuas y aprendizaje social y emocional. Durante este proceso el adolescente debe sortear numerosos obstáculos para alcanzar la madurez física y mental, con buen ajuste psicosocial. Sin embargo esta transición, si el adolescente no cuenta con los recursos personales, familiares y sociales oportunos, puede desencadenar múltiples patologías y situaciones de riesgo (depresión, suicidio, consumo tóxicos, violencia con iguales o parejas,...).

Los comportamientos de riesgo no son universales ni se producen de forma homogénea, sino que la mayoría suelen ser transitorios o minoritarios, siendo asumidos de forma persistente solamente por un grupo relativamente reducido de adolescentes.

Uno de los pilares de la promoción de la salud es la **educación para la salud**. Numerosos estudios demuestran que el consejo breve en la consulta de atención primaria es efectivo. Por ello se recomienda ofrecer de forma rutinaria en la consulta de Atención Primaria consejos de prácticas saludables en la familia y proporcionar estrategias educativas fáciles de aplicar en la vida diaria. Según el US Preventive Services Task Force, hay una serie de **estrategias para el asesoramiento y la información** de los pacientes:

- Informar al paciente sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las conductas propuestas, adecuando la información a la comprensión del adolescente.
- Sugerir pequeños cambios, en vez de cambios grandes

- Ser concreto, con mensajes sean firmes y directos
- En ocasiones es más fácil añadir nuevos comportamientos que eliminar otros ya establecidos
- Enlazar nuevas conductas con las antiguas
- Obtener de la familia y el adolescente compromisos explícitos
- Utilizar una combinación de estrategias (consejo individual, material escrito, material audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad)
- Implicar a todo el equipo sanitario
- Remitir a la familia a otros recursos educativos (libros, grupos de autoayuda, etc.)
- Vigilar el progreso y mejorar con la evaluación el consejo de salud.

Tan importante es la educación para la salud dirigida al propio adolescente como aquella dirigida al resto de los miembros de la familia. La adquisición de habilidades y conductas saludables en las familias mejora la salud de todos sus miembros y a su vez éstos son medios de divulgación de la información dada al resto de su entorno.

Es esencial proporcionar los medios para que a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

Para lograr una mejor coordinación entre los centros de salud y los centros docentes en 2011 se creó el proyecto interinstitucional **Forma Joven**, impulsado por la Junta de Andalucía. En él participan la Consejería de Salud, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Consejería de Educación. El programa Forma Joven acerca a los espacios frecuentados por los adolescentes, como los centros escolares, asesorías de información y formación, asesoramiento de forma individual y grupal, orientación y derivación a centros especializados cuando sea necesario. Su objetivo es desarrollar capacidades y habilidades de respuestas saludables, ante situaciones de riesgo o interrogantes que se presenten en esta etapa de la vida.

Son precisos más estudios epidemiológicos que proporcionen datos fiables sobre la situación actual de los jóvenes y adolescentes en este tema, siendo difícil la planificación de intervenciones eficaces.

La mayoría de las investigaciones disponibles tienen algunas limitaciones relevantes, a menudo inherentes al propio diseño utilizado, ya que se basan la información proporcionada por los propios adolescentes sobre sus hábitos mediante encuestas o entrevistas, resultando difícil saber si están sobrevalorando o infravalorando las situaciones y conductas de riesgo. Además, al tratarse habitualmente de estudios transversales, los datos se refieren a un momento concreto del tiempo, que es el que corresponde a la administración de la encuesta, y no tienen en cuenta el dinamismo con que se suelen presentar estos comportamientos de riesgo.

2. Estilos de vida

NUTRICIÓN

- No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas sintomáticas atendidas en atención primaria.
 - A pesar de ello si parecen evidentes los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la dieta mediterránea.
 - Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en pacientes con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.
-

La adolescencia es una época de intenso crecimiento y cambios corporales. Las calorías necesarias en este periodo se ajustarán de forma individualizada, dado que se trata de un periodo de crecimiento y actividad física. Las proteínas son el nutriente imprescindible en la formación y reparación de tejidos por ello no deben faltar en estas edades de máximo crecimiento; siendo recomendable que supongan un 11-12% del valor calórico total (VCT) de la dieta. Las grasas se recomiendan entre 25-35% del VCT de la dieta y que los ácidos grasos saturados no superen el 10%. En cuanto a los hidratos de carbono deben ser el 50-55% del VCT de la dieta, siendo en su mayoría hidratos de carbono complejos. La fibra debe situarse en torno a 25 gr/día. El calcio y la vitamina D es junto con las proteína los nutrientes que tiene la función plástica o formadora de tejidos, su presencia es imprescindible en la formación del hueso y mucho más en época de crecimiento.

Es importante **vigilar la conducta alimentaria** de esta población ya que pueden tender ingestas poco equilibradas y muy desordenadas en las que se coma poco en las comidas y se picotee, que no se consuman alimentos necesarios como hidratos de carbono por el miedo a engordar o que se prescindan de los desayunos y/o consumo de alimentos tipo *snacks* o de comida rápida de alto contenido calórico. También es un momento en que empiezan a hacer dietas sin control de profesionales, esta conducta además de poder conducir a trastornos alimentarios (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa,...) puede instaurar hábitos poco saludables que tendrían repercusión en la edad adulta.

ACTIVIDAD FÍSICA

- El ejercicio aeróbico moderado, al menos 30 minutos 5 días a la semana, o intenso un mínimo de 20 minutos 3 días a la semana, mejora la forma física, reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas, previene el sobrepeso y disminuye la mortalidad prematura por cualquier causa; además de disminuir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y facilitar el control de muchas de las que han aparecido (nivel de evidencia A).
 - Con un nivel de evidencia A, los médicos deben utilizar la actividad física como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste. Es útil incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consultas de atención primaria motivando y reforzando al paciente en cada visita, aunque este no sea el motivo de consulta (grado evidencia B)
-

La **educación física** es el medio más eficaz e integrador para transmitir a todos los adolescentes y niños modelos de pensamiento, valores, conocimientos y comprensión necesarios para que practiquen actividades físicas y deporte a lo largo de su vida. Contribuye a un desarrollo integral y competente tanto físico como mental. La actividad física ayuda a los adolescentes a familiarizarse con las actividades corporales y les permite desarrollar ante ellas el interés necesario para cuidar su salud, punto fundamental para llevar una vida sana en la edad adulta. Además contribuye a fortalecer su autoestima y el respeto por sí mismos, desarrolla la conciencia social al prepararlos en situaciones de competición (victorias, derrotas, compañerismo).

Se debe preguntar al paciente que acude al centro de salud sobre sus hábitos en actividad física. Esto podemos realizarlo mediante preguntas directas y sencillas o con cuestionarios estandarizados. Si realiza actividad física hay que valorar el tipo de actividad física que realiza y su frecuencia, duración e intensidad. El **cuestionario IPAQ** reducido (anexo 1) proporciona información sobre el tiempo dedicado a andar, las actividades de intensidad moderada y vigorosa, así como del sedentarismo, permitiendo también valorar su evolución en el tiempo.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

- Los profesionales de Atención Primaria, como agentes sociales, debe promover y participar en campañas de ámbito comunitario, dado que las actuaciones educativas que se desarrollan en la comunidad han demostrado eficacia (grado de recomendación A).
 - Aunque existe poca evidencia, se recomienda ofrecer consejo en el uso de casco en bicicletas y ciclomotores y educación vial en todas las revisiones del Programa de
-

Salud y en las ocasiones propicias, como es la atención en caso de lesión de cualquier gravedad por este motivo (nivel de evidencia I)

Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en España entre los 5 y los 35 años de edad. Faltan todavía estudios epidemiológicos que proporcionen datos fiables sobre la situación actual de los jóvenes y adolescentes en este tema, siendo difícil la planificación de intervenciones eficaces. La mayoría de las investigaciones disponibles tienen algunas limitaciones relevantes, a menudo inherentes al propio diseño utilizado, ya que se basan en la información proporcionada por los propios adolescentes sobre sus hábitos mediante encuestas o entrevistas, resultando difícil saber si están sobrevalorando o infravalorando las situaciones y conductas de riesgo. Además, al tratarse habitualmente de estudios transversales, los datos se refieren a un momento concreto del tiempo, que es el que corresponde a la administración de la encuesta, y no tienen en cuenta el dinamismo con que se suelen presentar estos comportamientos de riesgo.

FOTOPROTECCIÓN

- Se debe recomendar evitar la exposición excesiva al sol y el uso de protección solar, especialmente en los meses de primavera y verano, tanto en las visitas de seguimiento del programa de salud infantil como en las consultas a demanda (nivel recomendación B).
 - Ofrecer información por escrito y colaborar en campañas escolares y comunitarias que promuevan la prevención de la exposición excesiva a la radiación UV en la adolescencia (nivel recomendación B).
 - Se puede recomendar el empleo de cremas solares,
-

especialmente a los padres con hijos menores de 3 años de edad y a los adolescentes, en las visitas a las consultas en primavera y verano (nivel de evidencia I).

OCIO Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- Instruir a los adolescentes y sus padres sobre la necesidad de implantar una serie de normas de uso de Internet y otras tecnologías a través de filtros de seguridad o localización de ordenadores en lugares comunes.
-

Los medios de comunicación e Internet son una fuente de recursos donde el adolescente interactúa y con ello influyen en la elaboración de su propia identidad. Los médicos de familia tienen una posición privilegiada para realizar una educación sobre las familias en el uso adecuado de Internet, telefonía móvil y los medios de comunicación, y los riesgos de salud que conlleva su mala utilización.

Para que esta información sea adecuada y eficaz se vuelve imprescindible dominar la materia, o al menos tener más conocimientos, que la persona a la que se pretende instruir y en el caso de las nuevas tecnologías los roles están invertidos lo que plantean un hándicap importante a los adultos a la hora de intentar relacionarse en estos términos con adolescentes y jóvenes. La información sobre este tema se completa en el capítulo 11.

CONSUMO DE DROGAS

TABACO: Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes y mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco.

ALCOHOL: Investigar el consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud

DROGAS ILEGALES: Investigar el consumo de drogas. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud

La Atención Primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la prevención y abordaje del consumo de tóxicos en la adolescencia. Aunque ningún estudio científico riguroso ha demostrado que un enfoque o estrategia determinados permitan reducir efectiva y constantemente el uso indebido de drogas a largo plazo. No

obstante, hay un cierto consenso entre los expertos, los especialistas y los propios jóvenes sobre todas estas actuaciones que hay que tener en cuenta cuando se desarrollan acciones frente al consumo de tóxicos. La información sobre este tema se completa en el capítulo 7.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Los medios de comunicación e Internet son una fuente de recursos donde el adolescente interactúa y con ello influyen en la elaboración de su propia identidad. Los médicos de familia tienen una posición privilegiada para realizar una educación sobre las familias en el uso adecuado de Internet, telefonía móvil y los medios de comunicación, y los riesgos de salud que conlleva su mala utilización.

Los padres deben asesorar al adolescente sobre los peligros del uso de Internet. Para que esta información sea adecuada y eficaz se vuelve imprescindible dominar la materia, o al menos tener más conocimientos, que la persona a la que se pretende instruir y en el caso de las nuevas tecnologías los roles están invertidos lo que plantean un hándicap importante a los adultos a la hora de intentar relacionarse en estos términos con adolescentes y jóvenes. Además es necesario instruir a los padres sobre la necesidad de implantar una serie de normas de uso de Internet y otras tecnologías a través de filtros de seguridad o localización de ordenadores en lugares comunes. Con todo ello se debe intentar evitar situaciones de *bullying*, *sexting*, depresión,... provocadas por un incorrecto uso de las tecnologías.

La información sobre este tema se completa en el capítulo 10.

3. Riesgo cardiovascular

HIPERCOLESTEROLEMIA

- En los adolescentes sin factores de riesgo personales ni familiares se recomienda:
 - Realizar recomendaciones dietéticas sistemáticamente en los controles de salud de todos los niños de 2 a 18 años (grado de recomendación B)
 - Aconsejar la práctica de ejercicio físico de forma regular (grado de recomendación B)
 - Se debe realizar cribado selectivo de colesterol en adolescentes con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (padres o abuelos) antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres, o si uno de los padres presenta una dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente hipercolesterolemia familia heterocigoto e hiperlipemia familiar combinada) o si tienen otros factores de riesgo asociados. (grado de recomendación I)
-

Una gran variedad de estudios han puesto de manifiesto que el proceso aterosclerótico comienza en la infancia, que este proceso está en relación con las concentraciones elevadas de colesterol sanguíneo y que estas concentraciones pueden ser predictivas de colesterol sanguíneo elevado en la edad adulta. Sin embargo, aún hay pocas evidencias sobre las intervenciones para prevenir la hipercolesterolemia en la adolescencia.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- La evidencia es insuficiente para recomendar cribado rutinario de HTA en niños y adolescentes (grado de recomendación I); sin embargo, la toma de presión arterial antes de los 14 años permite el diagnóstico de la HTA secundaria y el cribado de la HTA primaria de inicio en la adolescencia.
1. Las recomendaciones sobre estilo de vida, evitar la vida sedentaria, evitar el sobrepeso, aumentar la actividad física y reducir la ingesta de sal, son beneficiosas en la prevención de la HTA y están fuertemente recomendadas en los adolescentes (recomendación A).
-

Entre el 1-5% de los adolescentes tienen hipertensión arterial, siendo ésta normalmente asintomática, dificultando el diagnóstico precoz de la enfermedad. El cribado de HTA en niños y adolescentes podría identificar la hipertensión en un estado inicial, en el cual se podrían comenzar intervenciones, disminuyendo potencialmente el rango de progresión de la hipertensión desde la infancia a la madurez.

4. Salud mental

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE DEPRESIÓN

- Se recomienda realizar pruebas de detección de depresión entre los 12 y los 18 años (Grado recomendación B), utilizando para ello cuestionarios validados específicos como el Inventario de Beck.
- Estos cuestionarios deben de implementarse especialmente recomendado en adolescentes de riesgo: padres con depresión u otra enfermedad mental, y la existencia de experiencia vital negativa en el adolescente.
- En la evaluación del adolescente con depresión se debe de tener en cuenta el contexto familiar y social, así como valorar la calidad de las relaciones interpersonales del paciente, tanto con sus familiares como sus amigos e iguales.

Entre las prioridades definidas en el Plan de Acción Europea para la Salud Mental (Helsinki, 2005) se incluye la promoción de la salud mental en el niño y el adolescente, recomendando el desarrollo de planes de promoción de la Salud Mental dirigido a los adolescentes y sus familias. Promover la salud mental de los adolescentes, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los trastornos mentales, ayuda a reducir la carga en el paciente y la familia mejorando su calidad de vida previene o reduce la discapacidad a largo plazo, disminuye la delincuencia, reducen los costes a los sistemas sanitarios y la tasa de suicidios.

La promoción y prevención en salud mental infantil es más que la detección de enfermedades y concierne directamente al

profesional de atención primaria, quien en su quehacer diario debe saber dar respuesta a las dificultades de tipo emocional y a los obstáculos para el desarrollo biopsicosocial que el adolescente encuentra. Además debe conocer los factores de riesgo y los protectores que puedan estar implicados en dicho desarrollo biopsicosocial, reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos psíquicos mas prevalentes en cada edad y contribuir de forma activa a eliminar el estigma y discriminación que sigue lastrando la enfermedad mental. La información sobre este tema se completa en el capítulo 10.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

- Brindar atención médica y psicológica lo más pronto posible a las personas que han intentado suicidarse y darle continuidad al tratamiento indicado
- Identificar a las personas de alto riesgo y con muchos sucesos de vida estresantes acumulados a lo largo de la vida para proporcionarles tratamiento preventivo.
- Identificar y dar tratamiento oportuno a las persona con cuadros depresivos.
- Dado que con frecuencia el intento suicida puede asociarse con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, se recomienda intentar evitar su consumo como estrategia preventiva.
- Estar atentos al factor emocional asociado con las enfermedades psicósomáticas
- Que los amigos y familiares proporcionen apoyo a las personas que atraviesas crisis personales: duelo, separación o divorcio,..
- Evitar el aislamiento o encierro de las personas dentro de su propia casa.
- Tener ambientes familiares, escolares y laborales más

flexibles, que hagan sentir al paciente más aceptados.

La existencia de un buen funcionamiento familiar es uno de los factores protectores del comportamiento suicida más sólidos. Los adolescentes de familias con alta cohesión y bajo nivel de conflictos son presentan menor probabilidad de realizar un intento de suicidio. Además de los recursos externos (familia, amigos), es necesario que el adolescente cuente con sólidos recursos psicológicos a la hora de enfrentar situaciones difíciles. Ante situaciones de estrés es necesario ayudarlo fortaleciendo sus recursos personales en el manejo de situaciones difíciles, logrando incluso aprender y fortalecerse con ellas.

Hay evidencia limitada sobre la precisión de los instrumentos para la detección del riesgo de suicidio (recomendación I), sin existir ningún cuestionario validado para población adolescente. Si se aconseja seleccionar y vigilar a los adolescentes con alto riesgo de suicidio. En la población escolar, los programas de prevención de suicidio basados en cambios de conducta, apoyo social y estrategias de afrontamiento podrían ser eficaces.

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

- Cribado y consejo contra la violencia doméstica y los abusos a menores identificando familias de riesgo, así como la evaluación de las relaciones afectivas del adolescente (nivel de recomendación B).
- En las familias de riesgo debemos de realizar actividades de educación para la salud (nivel de recomendación B), sobre todo las visitas domiciliarias por parte de enfermería y/o trabajadores sociales.

La violencia es una de las principales causas de defunción entre los jóvenes, sobre todo entre los varones. Se estima que alrededor de 430 jóvenes entre 10 y 24 años fallecen a causa de la violencia interpersonal al día en el mundo. Por cada muerte, se calcula que entre 20 y 40 jóvenes necesitan tratamiento hospitalario por una lesión relacionada con la violencia.

Los profesionales de la salud, trabajando en equipo multidisciplinar con los profesionales de la educación, deben estar alerta sobre los temas de violencia adolescente con el fin de establecer estrategias efectivas para la evaluación, intervención, derivaciones argumentadas, y seguimiento de los adolescentes que se hallan en alto riesgo para la violencia. Los adolescentes víctimas de violencia dentro de su núcleo familiar o en el medio escolar deben de recibir apoyo permanente para ayudar a paliar las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia

Se debe recabar información sobre aspectos psicosociales y dinámica familiar, registrando en la historia clínica la existencia o no de factores protectores o de vulnerabilidad del menor, la calidad de los vínculos afectivos entre los miembros de la familia (abandono, carencia afectiva) y las situaciones de violencia doméstica. Toda esta información debe reflejarse en su historia clínica. Se deben incluir a los miembros de la familia en programas multidisciplinarios de apoyo social, psicológico y educativo, incluyendo la intervención en violencia doméstica.

ACOSO ESCOLAR

El *bullying* o acoso escolar es **todo comportamiento agresivo intencional que implique un desequilibrio de poder o de fuerzas y se repita en el tiempo**. La prevalencia en España es entorno al 14.5 %. La existencia de acoso escolar precisa del cumplimiento de 3 condiciones:

2. El objetivo de los ataques o intimidaciones (verbales, físicas o psicológicas) es provocar temor, dolor y/o daño en la víctima
3. Existencia de una situación de abuso de poder, del más fuerte hacia el más débil.
4. Ausencia de reacción por parte de la víctima, paralizada por el miedo o la incapacidad de afrontar la situación.

Hay distintos tipos de maltrato escolar entre compañeros: maltrato físico, acoso sexual y maltrato psicológico. Pueden coexistir la agresión verbal, la exclusión social, amenazas verbales o instrumentales, así como robos de las pertenencias de la víctima. En el caso del ciberacoso, el anonimato del agresor y la amplificación de sus efectos hacen de esta nueva forma de acoso quizás la potencialmente más peligrosa, así como la de más difícil intervención. Las graves consecuencias psicológicas y sociales que tiene este problema tanto en el paciente como su entorno, ha determinado que se considere un problema de salud pública. El adolescente acosado presenta un descenso en su autoestima, ansiedad, depresión y bajo rendimiento escolar, etc., abocándolo a una situación en la que difícilmente puede salir por sus propios medios. Cada vez con más frecuencia, jóvenes consultan por somatizaciones clínicas cuyo origen se encuentra en un acoso escolar no detectado. El médico de Atención Primaria debe

conocer cómo detectar, tratar y orientar a las familias. El papel fundamental en el abordaje del acoso escolar lo tiene la comunidad escolar. Los profesionales de la salud en Atención Primaria, dada la relación estrecha y frecuente con los niños y sus padres, tienen una posición privilegiada para realizar una detección precoz de situaciones de acoso escolar, además del conocimiento que tiene el profesional sanitario del contexto sociofamiliar del niño.

Las actuaciones que se deben llevar a cabo por parte del médico de familia son:

Prevención Primaria

- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar en las relaciones interpersonales el respeto, la igualdad, la tolerancia y la no violencia en el seno de la familia, la escuela y la sociedad.
- En la actividad profesional diaria: Identificar factores de riesgo de conducta antisocial e identificar a las personas en riesgo de sufrirlo o provocarlo.

Prevención Secundaria

- Estar alerta ante signos y señales de acoso escolar
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica.

Prevención terciaria

- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresarle claramente que nunca está justificada la violencia.
- Permitirle expresar sus sentimientos, emociones y la atribución que hace del problema.
- Explorar sus estrategias de afrontamiento
- Explorar su estado psicológico y valorar su red social de apoyo
- Si el profesional sanitario fuese la primera persona en conocer o sospechar una situación de acoso debe comunicarlo a los padres y directamente o a través de ellos al centro escolar.
- Valorar la necesidad de atención psicológica especializada

- En algún caso puede ser necesario contactar con los servicios de protección a la infancia.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género es ***todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada.*** Entre las expectativas de género que más influirán en la construcción del modelo de vida durante la adolescencia están las sentimentales, que irán conformando creencias, actitudes y comportamientos de mujeres y hombres. Estas ideas se inculcarán y canalizarán a través de mecanismos familiares y sociales a lo largo de la vida del adolescente. Diversos estudios indican que las creencias y roles sociales presentes en la adolescencia, dan origen, perpetúan y justifican la violencia de género. Según el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) desde Atención Primaria se pueden desarrollar diversas actividades en la consulta y en colaboración con otros profesionales, para modificar estas estructuras cognitivas:

- Fomentar en las familias la responsabilidad compartida en el cuidado y crianza de los hijo/as y transmitir modelos más equitativos de pareja
- Fomentar relaciones vinculares seguras
- Fomentar la creación de relaciones humanas saludables, igualitarias, recíprocas y no violentas
- Conciencia a los profesionales, padres y tutores de que la violencia de género está ya presente en las relaciones entre adolescentes

- Preguntar a los/as adolescentes por sus relaciones, aprovechando la oportunidad para dar información
- Identificar relaciones de poder entre adolescente
- Informar acerca del fenómeno de la violencia de género, identificación y desmitificación de roles a nivel individual y del grupo social
- Ayudar a los/as adolescentes a identificar las conductas de abuso psicológico y explicar los daños psicológicos que estas conductas producen en la víctima: control de tiempo, dinero, ropa, proyectos, insultos, zarandeos,...
- Identificación y seguimiento cercano de situaciones de riesgo (Anexo 2). Debemos poner a disposición de nuestros pacientes recursos de ayuda como asociaciones de apoyo a víctimas de violencia de género (IAM, ADAVAS) y teléfonos de Atención a Víctimas de Violencia de Género (en Andalucía teléfono 900 200 999 de atención a la mujer).
- Orientación para la prevención: Habilidades sociales y educación emocional, autoconcepto, asertividad, resolución de conflictos, y educación para la salud.

Se han de poner a disposición de los adolescentes recursos de ayuda como asociaciones de apoyo a víctimas de violencia de género (IAM, ADAVAS) y teléfonos de Atención a Víctimas de Violencia de Género (en Andalucía teléfono 900 200 999 de atención a la mujer) y el teléfono 016 (de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género).

MALTRATO

Se considera maltrato infantil ***cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social.*** Los profesionales de la salud, trabajando en equipo multidisciplinar con los profesionales

de la educación, deben estar alerta sobre los temas de violencia adolescente, con el fin de establecer estrategias efectivas para la evaluación, intervención, derivaciones argumentadas, y seguimiento de los adolescentes que se hallan en alto riesgo para la violencia.

Los servicios de Atención Primaria son un observatorio privilegiado para la detección precoz de las situaciones de maltrato. El maltrato puede sospecharse por la presencia de los siguientes indicadores:

1. Identificación de indicadores (físicos, emocionales o conductuales) de sospecha de maltrato.
2. Indicadores en el comportamiento de los familiares, cuidadores o responsables legales del menor.
3. Verbalización del menor o de otra persona, lesiones o daño orgánico o emocional detectados en la entrevista y exploración de la persona menor de edad.

Para la detección precoz de este problema es esencial que los profesionales conozcan los indicadores de sospecha y tengan una actitud de búsqueda activa. Cuando se detecte la presencia de indicadores de sospecha de maltrato el profesional sanitario debe:

4. Recabar información general de las personas menores y familiares que permita clarificar el diagnóstico a través de anamnesis o entrevistas en el contexto de la exploración general
5. Apoyar a los pacientes e informarles de las intervenciones que se van a realizar. No culpabilizar. Debemos de tener una actitud de colaboración y apoyo a la familia
6. Trabajar en equipo en los servicios de salud y con los servicios comunitarios a través de la trabajadora social.

Al detectar un caso de sospecha de maltrato infantil debe de comunicarse a través del **sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía** (SIMIA). De conformidad con lo dispuesto en el decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía, la Hoja de Detección y Notificación de maltrato es un instrumento para la recogida y transmisión de información sobre los casos detectados de maltrato infantil (<http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3294&tipo=documento>). Una vez cumplimentada la hoja, un ejemplar se conservara por el servicio notificador, y se enviarán otras dos a los Servicios Sociales de la Corporación Local competente en el caso de que el maltrato se considere leve o moderado o bien a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, cuando se haya valorado como grave.

5. Controles de salud

Los protocolos recomendados por las diferentes Administraciones Públicas, Servicios de Salud y Sociedades Científicas presentan actividades no homogéneas y un dispar número de controles, debido en general a la falta de evidencia de muchas de las actividades preventivas realizadas en la población adolescente. Además de las visitas de seguimiento de salud del adolescente, las visitas de salud por otros motivos deben ser aprovechadas por los profesionales no sólo para detectar anomalías físicas sino también para aconsejar sobre conductas de riesgo, hábitos nocivos, conflictos internos etc. para desarrollar una buena educación para la salud. Es recomendable programar actividades grupales y comunitarias dirigidas al adolescente en distintos entornos.

En el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) se recomiendan como mínimo tres visitas programadas: 12-14 años, 15-17 años y 18-21 años complementarias y realizadas por los diferentes profesionales referentes en atención primaria (pediatra, enfermero/a, médico de familia, trabajador social). La finalidad de estos controles de salud es:

- Detección de factores de riesgo físicos, psíquicos y sociales
- Detección de problemas de salud a través de la exploración y cribado de patologías prevalentes.
- Valoración de la salud emocional
- Completar y continuar calendario vacunal
- Educación sanitaria hacia los padres y adolescentes
- Conocimiento de factores de riesgo y protectores por parte de los padres y tutores
- Valorar la dinámica familiar y el ciclo vital de la familia.

Los controles de salud deben incluir a padres/madres en la mitad y final de la adolescencia, para valorar mejor la dinámica familiar y ayudar en la toma de decisiones para anticipar problemas biopsicosociales. Para realizar este punto puede ser útil el Test de Apgar familiar y el uso del genograma como método de estudio familiar (ver capítulo 3).

Para lograr estos objetivos de las actividades preventivas se pueden utilizar diferentes herramientas en Atención Primaria:

- Recomendaciones y consejos pertinentes con el adolescente
- Educación sanitaria

- Informar de páginas webs con información específicas para adolescentes.
- Negociar cambios comenzando por modificaciones leves consensuadas
- Solicitar análisis o derivaciones oportunas
- Contactar con el colegio o instituto si fuera necesaria.
- Invitar a los padres o acompañante, para hablar del problema de salud si el adolescente lo desea.
- Hacer responsable al paciente y a la familia
- Felicitar al paciente y sus padres por los logros y esfuerzos.

El grupo PrevInfad/PAPPS en su guía de actividades preventivas por grupos de edad define aquellas actividades preventivas que han mostrado efectividad en la adolescencia, lo cual no excluye la realización de otras que pudieran interesar en la práctica clínica del centro de trabajo (anexo 3)

El Servicio Andaluz de Salud, dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria incluye un apartado de “oferta de especial seguimiento en la adolescencia” que incluye una serie de actuaciones de promoción y prevención dirigidas a la población adolescente en aquellas áreas que precisan un especial seguimiento en esta etapa:

- Atención sobre hábitos que comportan riesgos para la salud: anamnesis y consejo sobre consumo de tabaco, alcohol y sustancias adictivas
- Prevención de los accidentes
- Valoración y consejo en relación con la conducta alimentaria y la imagen corporal

- Promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

6. Vacunaciones

La adolescencia es un buen momento para verificar que se tengan completado el calendario de vacunación (anexo 4). En aquellos pacientes con calendarios incompletos o que inician la vacunación tardíamente debemos realizar una vacunación acelerada.

Vacuna del virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH) es oncogénico y constituye la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, responsable del 100% de los cánceres de cuello de útero. Está indicado la vacunación con 2 o 3 dosis de vacuna VPH según el preparado comercial a las mujeres adolescentes entre 11-14 años. En el calendario vacunar andaluz se incluye la vacuna del VPH a las adolescentes de 14 años. La vacunación debe realizarse antes de iniciar la actividad sexual. Aunque la joven ya este infectada por un subtipo, la vacuna siempre será beneficiosa ya que protege frente a los otros subtipos incluidos en ella. Hay que informar a la adolescente que hay que seguir realizando el cribado de cáncer cervical ya que un 30 % de los subtipos de VPH no los cubre la vacuna. No está recomendada actualmente en varones.

Bibliografía

Díaz-Aguado MJ, Carvajal MI. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011

Guía de actividades preventivas por grupos de edad. Grupo PrevInfad AEPap/PAPPS.
<https://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2014;46(supl 4):16-23.
http://www.papps.es/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_2_2.pdf

Pérez-Milena A, Palenzuela SM, Martos F, Mesa MI. Actividades preventivas en la población adolescente. Grupo de estudio del Adolescente (GreAdol). SAMFyC 2013.

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA). Procedimiento de actuación. 2005. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia_Familia_archivos_PROCEDIMIENTO_SIMIA.pdf

ANEXO 1. Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)

Estamos interesados en averiguar acerca de los tipos de actividad física que haces en tu vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinaste a estar físicamente activo en los últimos 7 días. Por favor responde a cada pregunta aún si no te consideras una persona activa. Por favor, piensa acerca de las actividades que realiza en tus estudios o tu trabajo, en las tareas domésticas o en el jardín, en tus desplazamientos, en el tiempo libre, el ejercicio o el deporte.

Piensa en todas las **actividades INTENSAS** que realizaste en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que te hacen respirar mucho más intensamente de lo normal. Piensa solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizaste actividades físicas intensas tales como levantar cargas pesadas, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o pedalear en bicicleta de forma intensa?

___ días por semana [si no realizaste ninguna, ve a la pregunta 3]

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a una actividad física intensa en uno de esos días?

___ horas por día ___ minutos por día No sabes / No estás seguro

Piensa en todas las **actividades MODERADAS** que realizaste en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que te hacen respirar algo más intensamente que lo normal. Piensa solo en aquellas actividades físicas que realizaste durante por lo menos 10 minutos seguidos.

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hiciste actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, pedalear en bicicleta a velocidad normal o jugar dobles a tenis? No incluyas caminar.

___ días por semana [si no realizaste ninguna, ve a la pregunta 5]

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a una actividad física moderada en uno de esos días?

____ horas por día ____ minutos por día No sabes / No estás seguro

Piensa en el tiempo que dedicaste a **CAMINAR** en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que podrías hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminaste por lo menos 10 minutos seguidos?

____ días por semana [ninguna caminata, ve a la pregunta 7]

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicaste a caminar en uno de esos días?

____ horas por día ____ minutos por día No sabes / No estás seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasaste **SENTADO** durante los días laborables de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puedes incluir el tiempo que pasaste sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en automóvil o autobús, sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasaste sentado durante un día hábil?

____ horas por día ____ minutos por día No sabes / No estás seguro

ANEXO 2. Factores de riesgo para la violencia de género

1. INDIVIDUALES

Para cometer actos violentos

- Modelos agresivos en su niñez
- Agresión en las relaciones interparentales
- Actitudes que justifican la violencia o la aceptan
- Personalidad violenta: irascible o colérica
- Bajo nivel de autoestima
- Actitudes negativas o patriarcales hacia las mujeres
- Consumo de alcohol, drogas

Para ser víctimas (aunque cualquier mujer puede serlo)

- Consumo de alcohol, drogas
- Sentimientos de desesperanza
- Baja autoestima, dependencia emocional
- Inicio temprano de relaciones sexuales
- Conductas sexuales de riesgo
- Formas de control de peso no saludables
- Embarazo

2. RELACIONALES

- Intento de controlar a la víctima
- Gran número de relaciones conflictivas (agresor)
- Relaciones de pareja numerosas (víctima) o estresantes
- Consumo de drogas y conductas desinhibitorias

3. COMUNITARIOS

- Pobreza
- Familias disruptivas
- Bajo nivel de participación comunitario
- Exposición a la violencia

4. ENTRE GRUPO DE IGUALES

- Amigos que han sufrido violencia de pareja
- Relaciones violentas entre iguales
- Tendencia a agredir a los iguales

ANEXO 3. Actividades preventivas por grupo de edad (PREVINFAD AEPap/PAPPS)

REVISIONES DE SALUD ENTRE 16 Y 18 AÑOS.

1. Recogida de información. Identificación de factores de riesgo individual o familiar. (La mayor parte de la información debería obtenerse directamente de los adolescentes, con los padres fuera de la consulta).

- Conductas alimentarias.
- Conducta social en el hogar y con los amigos.
- Comunicación / relación con la familia.
- Características de la alimentación. Conductas alimentarias.
- Actividad física.
- En la mujer: edad de la menarquía, frecuencia de las reglas, duración, dolor.
- Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco o drogas).
- Actividad sexual:
 - Identificar actividad sexual.
 - Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a la edad.
 - Comprobar la vacunación frente a hepatitis B y VPH según el calendario sistemático recomendado.

2. Evaluación del desarrollo físico y psicosocial. Técnicas de cribado.

- Medir peso y talla, calcular IMC y registrar los tres datos en sus gráficas de percentiles.
- Desarrollo puberal.
- Indicadores de maltrato o negligencia.
- Exploración bucodental para identificar y derivar:
 - Presencia de sarro, flemones, abscesos, gingivitis, caries.
 - Maloclusiones, mordida cruzada, mordida anterior, diastemas, apiñamientos y frenillos.

- Hipoplasia del esmalte.
 - Medir la tensión arterial y registrarla en gráficas para sexo, edad y talla.
 - Determinar colesterol si pertenencia a grupo de riesgo de hipercolesterolemia.
3. **Consejos de salud** (ofrecerlos también por escrito).
- Alimentación:
 - Una dieta variada y equilibrada que incluya alimentos de todos los grupos.
 - Limitar los alimentos y bebidas de alto contenido calórico y bajo en nutrientes.
 - Aplicar los principios anteriores, tanto cuando se come en casa, como cuando se come fuera del hogar.
 - Evitar las restricciones excesivas de alimentos.
 - Estimular el desayuno a diario.
 - Recomendar actividad física, de 30 a 60 minutos diarios de intensidad moderada a intensa y a ser posible deporte organizado.
 - Reducir las actividades sedentarias (televisión, videojuegos...) a menos de de dos horas al día.
 - Salud bucodental:
 - Cepillado dental después de las comidas y al acostarse con una pasta dentífrica que contenga 1450 ppm de flúor y la cantidad de 1-2 cm sobre el cepillo.
 - Colutorio diario (0,05% fluoruro sódico) o semanal (0,2%), geles y barnices de flúor aplicados siempre por especialistas y con periodicidad variable, en función del riesgo de caries.

- Prevención de accidentes: Seguridad en el deporte. Seguridad en la bicicleta. Cinturón de seguridad. Casco en ciclomotor. Respeto normas de tráfico.
- Consejo sobre hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas).
- Consejo sobre prevención de ITS y anticoncepción.
 - Si no ha iniciado actividad sexual: comprobar que conoce los medios para prevenir END e ITS e informar sobre los recursos locales, sanitarios y comunitarios.
 - Si ha iniciado la actividad sexual: derivar para consejo individualizado de moderada a alta intensidad; identificar comportamientos y prácticas de riesgo; valorar la utilización correcta de protección y anticoncepción.
 - Consejo adaptado al riesgo, conocimientos, habilidades y actitudes.
 - Si está indicado, recomendar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) o derivar a centro de planificación.
 - Valorar, según el riesgo individual, la realización o derivación para cribado de clamidia y otras ITS.
- Consejo de protección solar y luz ultravioleta.

ANEXO 4. Calendario de vacunaciones de Andalucía

calendario 2015

de vacunaciones

{Andalucía}

 recién nacido
Hepatitis B

recuerda pedir cita en tu centro de salud

2 meses Hib, Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B	4 meses Hib, Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Meningococo C	6 meses Hib, Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B	12 meses Triple Vírica (paperas, sarampión, rubeola) Meningococo C	18 meses Hib, Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tos Ferina,
3 años Triple Vírica (paperas, sarampión, rubeola)	6 años (1ª PRIMARIA) difteria, Tétanos, tos ferina	12 años (6ª PRIMARIA) Varicela Meningococo C	14 años (2ª ESO) Difteria, Tétanos, Papiloma Humano [sólo niñas]	

+ información:
902 505 060

www.juntadeandalucia.es/salud/vacunas

Para escolares que no estén vacunados de varicela o que no la hayan padecido (2 dosis)

Capítulo 7.

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES

Sara Palenzuela Paniagua, Idoia Jiménez Pulido

PUNTOS CLAVE

El contacto del adolescente con las drogas se produce a edades tempranas (12-14 años)

Las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco

El patrón de consumo se relaciona con momentos de ocio y con el policonsumo.

La edad a la que debe iniciarse la anamnesis sobre consumo de sustancias se sitúa entre los 11 a 14 años. Habrá que hacer hincapié en la confidencialidad de la información.

Aunque no hay suficiente evidencia sobre la eficacia del cribado y la intervención del consumo de sustancias adictivas en la población adolescente se recomienda un cribado oportunista y el consejo breve en todos los menores.

1. Características del consumo

La adolescencia constituye la etapa con mayor riesgo para iniciarse en el abuso de sustancias tóxicas. En esta etapa de la vida, los mecanismos de influencia social juegan un papel destacado: el grupo de pares, los medios de comunicación social, la necesidad de creación/consolidación de la propia identidad ante uno mismo y ante los demás y la necesidad de afiliación contribuyen a determinar el comportamiento social del adolescente. Los comportamientos menos saludables suponen casi siempre una consecución de placer o liberación de tensión de forma inmediata; en cambio, las consecuencias negativas de estos comportamientos son sólo probables y a largo plazo. Diversos trabajos evidencian que cuanto más temprana se produce esta experimentación, mayor es la probabilidad de que este consumo acabe siendo problemático y más difícil será su abandono.

El **Informe sobre la Situación Mundial sobre el Alcohol y Salud de la OMS**, detalla cómo unos 320.000 jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que supone un 9% de las muertes en ese grupo etario. El tabaco es la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial. En el mundo entero un 40% de la población infantil está expuesto al humo ajeno. El riesgo más notable para los adolescentes es la adquisición de una adicción que acorta la vida.

Según el **Plan Nacional sobre Drogas 2012** el 73,1% de la población española de entre 15 y 64 años ha probado en alguna ocasión el tabaco, y el 93,1% el alcohol. Así, el alcohol y el tabaco se encuentran tan integrados en nuestra sociedad, que en pocas ocasiones son considerados como drogas.

Diferentes administraciones públicas se encargan de valorar el consumo en la población adolescente: el Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), el Plan Nacional sobre Drogas en España y en Andalucía el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. A continuación se ofrece un resumen de los datos que ofrecen sus estudios:

Edad de inicio

La edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco se sitúa entre los 12 y 14 años y, en general, se observa una tendencia estable de la evolución. Los datos de edad de inicio y de prevalencia de consumo se ven muy influenciados por el grupo de edad de la muestra, así en estudios que analizan grupos de menor edad, la edad de inicio es más precoz, alcanzando los 11,5 años en el caso del tabaco y los 10,4 en el caso del alcohol para estudios que incluyen los 10 años.

Existe una reducción progresiva en la edad de inicio en la práctica del botellón, situándose en los 13 años de edad. El inicio del consumo de cannabis comienza sobre los 14 años y el resto de drogas ilegales algo más adelante (sobre los 15-16 años).

Diversos trabajos evidencian que cuanto más temprana se produce la experimentación, mayor es la probabilidad de que este consumo acabe siendo problemático y más difícil será su abandono. Además, los contactos tempranos con sustancias como el alcohol y el tabaco pueden servir como drogas facilitadoras o inductoras del consumo de otras sustancias ilegales y puede asociarse a estilos de vida de riesgo.

Patrones de consumo

Durante la primera etapa de la adolescencia, el consumo de alcohol es experimental y se hace influenciado por el consumo de los amigos y familiares con ocasión de alguna celebración familiar o como parte de la dieta. Ya en la segunda etapa se observa un importante incremento del consumo, llegando a los 16-17 años a cifras incluso superiores a los de la población general. Éste se hace ligado a momentos de ocio entre iguales y sobre todo en ambientes nocturnos.

El vino y la cerveza, las bebidas preferidas por los adolescentes hace varios años, están siendo progresivamente sustituidas por un **consumo intermitente de alcohol de alta graduación** durante el fin de semana; actividad que surge como una nueva forma de ocio entre iguales asociada con el policonsumo y con consumos excesivos en cortos periodos de tiempo mediante los llamados “botellones”. Este patrón de consumo se asocia a un mayor uso de drogas ilegales, evidenciándose que el 35% de los adolescentes consume más de una sustancia.

Drogas más consumidas

El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas por los adolescentes. El 43,8% de los escolares entre 14 a 18 han probado el tabaco y el 12,3% se consideran fumadores diarios. Respecto al consumo del alcohol, el 83,9% han probado el alcohol y el 35,6% se han emborrachado en alguna ocasión.

España se sitúa entre los primeros países en el consumo de cannabis y lo confirma el hecho de que el 33% lo han probado y el 16,1% lo consumen de forma diaria. Una mención aparte merece

el consumo de tranquilizantes. La proporción de estudiantes que han tomado alguna vez tranquilizantes es de un 18,0%, y la de los que los han tomado sin receta de un 10,4%. Su consumo actual (últimos 30 días) se sitúa en un 5,2% y un 3% respectivamente.

La siguiente tabla, obtenida de los resultados de la encuesta escolar ESTUDES, muestra las prevalencias de consumo de cada droga en el rango de edad de los 14 a los 18 años en España.

ESTUDES 2012/2013	Prevalencia de consumo (%)			Edad media de inicio	Tendencia de consumo
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días		
Alcohol	83,9	81,9	74	13,9	↑
Tabaco	43,8	35,3	29,7	13,6	≈
Cánnabis	33,6	26,6	16,1	14,9	≈
Hipnosedantes	18,5	11,6	6,6	14,3	↑↑
Cocaína	3,6	2,5	1,5	15,5	↓↓
Alucinógenos	3,1	2	1	15,4	↓
Éxtasis	3	2,2	1,2	15,8	↓
Anfetas/speed	2,4	1,7	1	15,5	↓
Inhalables	1,9	1,2	0,8	13,4	↓
Heroína	1	0,7	0,6	14,4	↓

Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes, observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso de la cocaína. Se estabiliza el consumo de tabaco iniciada en 2004; y aumenta el

de alcohol a expensas, especialmente, de los más jóvenes (14-15 años).

Diferencias de género

A lo largo de las dos últimas décadas se ha producido una relativa estabilización de la prevalencia del tabaquismo entre los chicos y una expansión del problema entre las chicas. Así, las chicas comienzan a fumar más tarde pero su consumo aumenta rápidamente entre los 14 y 16 años (incrementándose en más de 40 puntos entre los 12 y los 14 años). Esto se ha observado también en otros países europeos y podría estar relacionado con estrategias sutiles de promoción de la industria tabaquera, o con aspectos de identidad de género que deben ser objeto de investigación cualitativa.

Respecto al alcohol ocurre algo similar, apreciándose una menor diferencia entre el consumo entre chicos y chicas conforme aumenta la edad. Los estudios autonómicos y nacionales indican una mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales entre los chicos.

Edad crítica

Se ha constatado un gran aumento en la iniciación al consumo de drogas legales entre los 9 y 10 años. En esta franja etaria se duplica el primer contacto con el tabaco y se multiplica por siete el primer contacto con el alcohol. El conocimiento de este hecho es importante para la ampliación de la planificación de las políticas sanitarias a estas edades.

Edad de la primera intoxicación alcohólica

La edad media de la primera borrachera se sitúa en torno a los 11 años. Este dato es un predictor de alcoholismo al llegar a la edad adulta: uno de cada cinco de los que se embriagaron antes de los 15 años tendrá un problema de alcoholismo con la edad. En España se encuentra un aumento de las intoxicaciones alcohólicas agudas de manera que 3 de cada 10 adolescentes que beben se emborracharon en el último mes.

2. Motivos para el consumo

La adolescencia es una etapa donde hay una especial atención por el riesgo y lo desconocido, por ello no es de extrañar que el inicio del consumo se haga por curiosidad y de forma experimental y esporádica. En la consolidación del hábito intervienen factores psicosociales, demográficos y personales. De entre ellos, la influencia del entorno de iguales (amigos y compañeros del instituto) representan un elemento importante.

El consumo de sustancias tóxicas por parte de los adolescentes se relaciona con múltiples factores personales, familiares y sociales. A grandes rasgos, se podría diferenciar los factores relacionados con el consumo en individuales y sociales, subdividiendo a su vez el entorno social en dos niveles: macrosocial (que agrupa las influencias que operan en un contexto más amplio) y microsociales (que hace referencia al entorno más inmediato del individuo)

Factores individuales para el consumo

Edad. La precocidad en el uso de sustancias uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia. El paso de

educación primaria a secundaria es un momento crítico para el primer consumo de prueba.

Sexo. Generalmente los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual, aunque estas desigualdades han ido descendiendo a lo largo del tiempo.

Rasgos de personalidad. Destaca la búsqueda de nuevas sensaciones, un alto nivel de inseguridad y/o una baja autoestima, la rebeldía, una baja tolerancia a la frustración o la presencia de rasgos depresivos.

Factores cognitivos y orécticos. Se incluyen conocimientos, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el consumo. El uso de una droga es un buen predictor del uso de cualquiera de las otras.

Factores sociales para el consumo

Nivel microsocioal

- La familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar elicitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas. La presencia de hermanos mayores que consumen es un claro factor de riesgo.
- Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo del adolescente. La mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo.
- Las variables escolares que se relacionan de forma más significativa con el consumo de drogas son: las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo escolar y una peor ejecución académica.

Nivel macrosocial

- Los medios de comunicación juegan un importante papel en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información.
- La influencia de los modelos sociales parece crucial en la iniciación al consumo de drogas, normalizando el consumo de algunos tipos de drogas e incitando al consumo de otras.
- Hay una relación directa entre la disponibilidad de las drogas y el aumento del consumo. Cuanto mayor sea la cantidad de droga en el mercado, un número mayor de sujetos se iniciará en el consumo, se consumirán mayores cantidades y el número de individuos que se convertirán en consumidores habituales será mayor.

Otros factores relacionados

Se ha demostrado una asociación con pobres niveles de salud y con otros comportamientos de riesgo. Otros factores relacionados son: fracaso escolar, mala comunicación familiar, permisividad de los padres ante el consumo, alta frecuencia de salidas para la diversión en horario nocturno.

3. Detección del consumo de drogas en el adolescente

A todos los adolescentes que acuden a la consulta de su médico de Atención Primaria se les debería de preguntar sobre el consumo de drogas, tanto legales como ilegales así como sobre los factores de riesgo que pueden contribuir al abuso y/o dependencia. Debe de recalcarse la importancia de la confidencialidad de la información y así hacérselo saber al adolescente.

El uso de una prueba analítica (test de orina o sudor) para desenmascarar el consumo de un paciente es, en principio, inaceptable tanto ética como prácticamente. Podrían objetivar el uso puntual pero no aporta ninguna información sobre las circunstancias, la frecuencia y las consecuencias del consumo, además de quebrar la relación médico-paciente y vulnerar el principio ético de autonomía.

¿Cuándo preguntar?

En 2014 se elabora el **Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía** (PSIAA) que promueve las actividades de prevención y promoción de la salud en los diferentes entornos, sociales, familiares y escolares. La edad a la que debe iniciarse la anamnesis sobre consumo de sustancias no es una edad fija, sino que puede variar en función de la madurez y de las circunstancias concretas de los mismos, pero se sitúa en el intervalo de 11 a 14 años y se podrá realizar en:

- Los controles periódicos de salud en centro de salud (visitas programadas de los 9/11 años y 12/14 años)
- La consulta ante clínica sugerente de consumo.
- Cualquier ocasión, de forma oportunista garantizando la confidencialidad.
- Actividades grupales y comunitarias específicamente programadas en diferentes entornos.

¿Cómo preguntar?

De forma general, se recomienda realizar preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras, que den la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia.

«A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué opinas de eso?»

« ¿Conoces a alguien que lo haga?»

« ¿Qué haces cuando sales de marcha?»

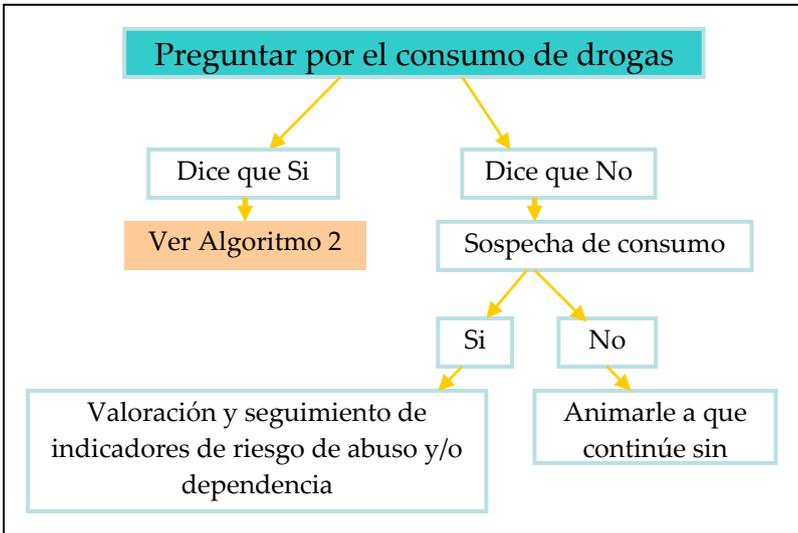
« ¿Cuánto aguantas?»

« ¿Qué tomas una noche normal?»

« ¿Y alguna vez tomáis otras cosas? »

"Es probable que alguno de tus mejores amigos fume, ¿no es así?"

Algoritmo para la anamnesis sobre el consumo de drogas



Consejo breve

Aunque las evidencias actuales son insuficientes para recomendar las intervenciones para el consejo breve sobre el cese del consumo de drogas, son actividades aconsejables por los efectos deletéreos sobre la salud y la persistencia del consumo en

la edad adulta. Más aún si tenemos en cuenta que el riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella.

TABACO

- El consejo enfatizará los aspectos negativos a corto plazo. Se orientará a los aspectos estéticos como el oscurecimiento de los dientes y el bajo rendimiento deportivo.
- Los clínicos deberían recomendar dejar de fumar en cada oportunidad y reforzar a aquellos que no fuman.
- Hay evidencias de que los programas escolares y de intervención familiar pueden ayudar a prevenir el consumo de tabaco entre adolescentes.
- No hay estudios que demuestren la efectividad de la terapia sustitutiva de nicotina o del bupropion para dejar de fumar entre adolescentes

ALCOHOL

No hay trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antialcohol en la consulta de Atención Primaria ni hay pruebas de un menor consumo de alcohol tras la administración breve y oportunista en adolescentes, sin embargo se recomienda:

- Entre los 7-12 años: reforzar la prevención del consumo.
- En los mayores de 13 años: consejo breve sobre el uso de la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, reforzando la abstinencia al conducir. Aconsejar sobre la ingesta de alcohol identificando los síntomas de dependencia. Se puede hacer una pregunta sobre la cantidad de consumo o utilizar el AUDIT/CAGE aunque estos no han sido validados en adolescentes (Anexo1)

OTRAS DROGAS

Las evidencias actuales son insuficientes para recomendar el cribado en adolescentes. Sin embargo, se recomienda realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. La Asociación Americana de Pediatría recomienda a los sanitarios estar atentos a la clínica y promueve la educación sobre los peligros para la salud en los adolescentes y niños, con especial atención a las drogas inhaladas (como pegamentos) ya que son frecuentemente las primeras drogas de abuso entre los adolescentes.

Si se sospecha consumo aunque el adolescente lo niegue

Hay señales de sospecha y factores de riesgo que pueden hacernos sospechar del consumo de sustancias aunque en la entrevista el adolescente niegue el consumo.

Señales de sospecha

1. Los cambios de humor inesperados.
2. La modificación en los patrones de sueño.
3. La bajada en el rendimiento escolar.
4. Faltar a la escuela.
5. El uso de incienso, ambientadores o perfumes para esconder los olores.
6. El uso de un lenguaje “en clave” con sus amigos; se vuelve más reservado.
7. Pedir dinero prestado con mayor frecuencia.
8. Cambios en su círculo de amistades.
9. Evidencia de accesorios relacionados con las drogas (pipas, papeles para enrollar cigarrillos, bolsas de papel o trapos para inhalar, etc.).
10. El uso de gotas para los ojos (para disimular los ojos enrojecidos o las pupilas dilatadas), enjuagues bucales o caramelos de menta (para el aliento).
11. La desaparición de medicamentos.

Factores de riesgo

Relacionados con capacidades

1. Antecedentes desde la infancia de dificultades en las distintas etapas del desarrollo que han precisado atención médica o psicológica continuada.
2. Enfermedades orgánicas de larga evolución o que han generado discapacidad con percepción de sí mismo o de la familia de haber sido un niño con dificultades para ir madurando.
3. Historia de fracaso escolar desde niño o en la última etapa tras haber sido un buen estudiante.
4. Sintomatología orgánica crónica o cuadros psicopatológicos importantes en el momento actual.
5. Comportamientos agresivos mantenidos y generalizados a todo su entorno (bajo control de impulsos).
6. Estilo impulsivo/descuidado de resolución de problemas.
7. Esquema cognitivo de autocontrol insuficiente: déficit en el autocontrol y en la tolerancia a la frustración (“me cuesta obligarme a terminar tareas rutinarias o aburridas”).
8. Esquema cognitivo de grandiosidad: creencia de que se es superior a otros y, por ello, merecedor de derechos y privilegios especiales (“odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera”).
9. Serias dificultades para ir adquiriendo progresivamente pautas de autonomía respecto de sus padres con comportamientos excesivamente dependientes.
10. Serias dificultades para irse haciendo un hueco entre sus iguales: dificultad para establecer relaciones o mantenerlas, no ser aceptado habitualmente en los grupos de pares, relaciones de excesiva dependencia o de sometimiento.
11. Escasa o nula red social

Indicadores de riesgo relacionados con el entorno familiar

1. Graves disfunciones familiares.
2. Momentos de crisis en una familia hasta ese momento con dinámicas de funcionamiento adecuadas.
3. Incapacidad manifiesta de contención del adolescente por parte de la familia.
4. Falta o exceso de límites o ponerlos de forma inadecuada.

Indicadores de riesgo relacionados con la historia de consumo de drogas

1. Edad del adolescente: en la primera fase de la adolescencia, cualquier consumo de alcohol u otras drogas es abusivo.
2. Tipo de droga que consume: con aquellas drogas de fuerte capacidad adictiva, como heroína o cocaína, cualquier consumo es abusivo.
3. Patrón de consumo: detectar cambios importantes en la frecuencia o dosis de consumo.
4. Consumos como “automedicación”, buscando calmar ansiedades, inquietud (TDAH) o evitar conflictos que cuesta enfrentar.

Ante el adolescente que refiere consumo de drogas

Lo primero es aceptar al joven incondicionalmente (con el fin de lograr una relación empática) y asegurarle la confidencialidad mientras esto no signifique compromiso vital (riesgo para su vida o para los demás), actividad criminal o maltrato. **Se trata de crear un vínculo terapéutico de interacción recíproca, generar posibilidad de cambio y convertir al menor en protagonista de su mejora.** A los adolescentes no les motiva hablar de salud y menos a largo plazo por lo que habrá que utilizar estrategias como aspectos estéticos, deportivos y económicos. Se busca que el adolescente sea él mismo el que identifique la frecuencia del consumo y el que se autoexplora la sintomatología biopsicosocial asociada a ese consumo: rendimiento escolar y/o laboral, conflictos familiares y/o sociales, problemas emocionales y/o psicopatológicos, consumo descontrolado, dificultad para realizar y/o mantener actividades, aumento de accidentes por descuidos, etc.... Se busca ayudar al adolescente a evaluar las conductas y/o factores de riesgo y a la vez entregarle herramientas de trabajo en conjunto realistas, que no creen falsas expectativas, de autoimagen y autoeficacia.

¿Qué hacer si detectamos un consumo de drogas?

1. Explorar de qué tipo de consumo se trata.

- a) En relación con la temporalidad: ¿Ocasional?, ¿Instrumental?, ¿Habitual?, ¿Diario?
- b) En relación con la finalidad: ¿Experimental?, ¿Instrumental (busca un fin determinado: pertenencia a grupo, desinhibición, sociabilidad, etc.)? Como alivio de los síntomas de abstinencia (dependencia).
- c) Contexto de consumo (colegio, fin de semana, discotecas, etc.).

La cantidad de alcohol ingerida por un adolescente se puede calcular en gramos al día o en unidades de bebida estándar (anexo 1). En adolescentes mayores se pueden utilizar cuestionarios específicos para el consumo de alcohol, aunque no hayan sido validados en nuestro país. Los más utilizados son el Test de CAGE (anexo 2) y el cuestionario de AUDIT (anexo 3). Ha que recordar que en menores de 18 años, cualquier consumo se considera consumo de riesgo.

Se debe valorar el hábito tabáquico recogiendo la forma de inicio, los factores relacionados con el inicio, las actitudes y creencias relacionadas con el fumar y el patrón de consumo. Además se puede calcular el grado de dependencia de la nicotina pendiente el test de Fagerström (modificado para adolescentes, anexo 4).

2. Explorar conocimientos previos sobre la o las drogas consumidas y complementar la información.

3. Identificar si se trata o no de un consumo problemático.

a) «No problemático»: adecuar el consejo y reforzar la relación con el adolescente para el seguimiento de la conducta de riesgo.

b) «Problemático»: explorar la intención de cambio (fase de cambio) y adecuar las posibles intervenciones según cada situación concreta pactando un plan de actuación. Es fundamental considerar el refuerzo ante cualquier cambio, por mínimo que sea este. Valorar la intervención de otros profesionales y/o la derivación a otro nivel asistencial cuando sea necesario.

Se habrá de determinar el patrón de consumo y de si se trata de un uso problemático (abuso) o de dependencia:

- **Uso experimental o social:** movidos por la curiosidad y la necesidad de ser aceptados por el grupo.
- **Uso regular:** buscando activamente el efecto placentero. El consumo empieza a ser más regular y puede iniciarse un cierto deterioro en el rendimiento académico y en la aceptación de las normas.
- Trastorno por abuso de sustancias: a efectos prácticos, se habla de **abuso o consumo perjudicial** cuando se da como mínimo una de las siguientes circunstancias durante al menos un año:
 - Se usa una sustancia en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos (conducción de vehículos)
 - Se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia (como actos violentos bajo los efectos de la droga). Por los efectos de la sustancia sobre la conducta, se agravan problemas personales o sociales (como deterioro de las relaciones familiares).

- Se presentan dificultades y/o incapacidad para cumplir sus obligaciones en la escuela o la familia (ausencias repetidas, absentismo escolar, bajo rendimiento académico, malos resultados, fracaso escolar, exclusión, abandono de responsabilidades en casa, etc.).
- No es capaz de prescindir de las drogas durante días.
- Implica peligrosidad para el equilibrio biopsicosocial de otros.

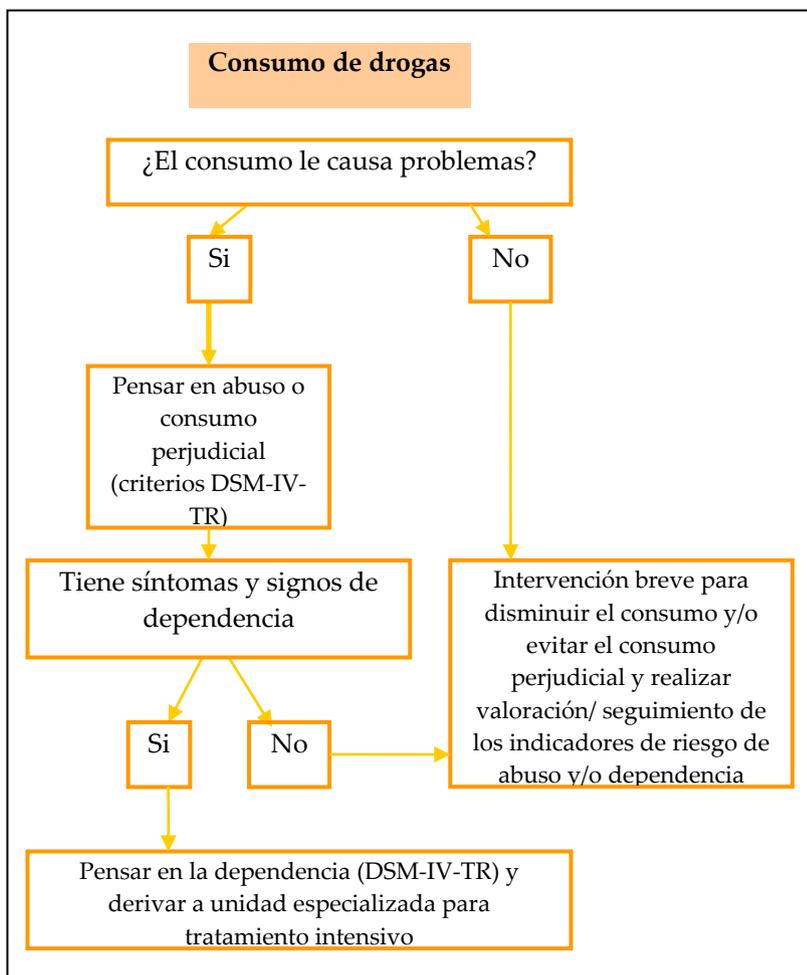
Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de abuso de sustancias

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a un incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase

- Trastorno por dependencia de sustancias: Se habla de **dependencia** cuando la vida cotidiana del adolescente gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia (se prioriza la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad), existe adicción (compulsión para continuar consumiendo por cualquier medio a pesar de las consecuencias perjudiciales); se produce, durante al menos un año, abstinencia (síntomas que siguen a la privación

brusca del consumo) y tolerancia (necesidad de consumir más dosis de la sustancia para conseguir el mismo efecto deseado.



Los síntomas característicos de la dependencia son:

1. incapacidad de resistirse a la necesidad de consumir;
2. aumento de la tensión interna o ansiedad ante el consumo habitual;
3. experimenta alivio cuando se produce el consumo;
4. sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo;
5. deja de hacer actividades importantes debido al consumo
6. sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que el consumo de la sustancia exacerba.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de dependencia de sustancias

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de 12 meses

1. Tolerancia, definida por:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o,
- El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems:

- El síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
- Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía

4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos

4. Grado de evidencias sobre las intervenciones antitabaco en adolescentes

No hay suficiente evidencia sobre la eficacia del cribado y la intervención del consumo de sustancias adictivas en la población adolescente [recomendación I] (USPSTF), aunque se recomienda un cribado oportunista y el consejo breve en todos los menores [recomendación B] (UPSTF), pues parece aumentar conocimientos y mejorar la actitud. Hay evidencias para el consejo breve sobre consumo de alcohol en adolescentes embarazadas (USPSTF, AAFP) [B]

Resumen de las recomendaciones

Investigar consumo de tabaco. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes y mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco.

Investigar consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

Investigar consumo de drogas. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

Los programas comunitarios parecen ofrecer un beneficio

pequeño a medio plazo en la prevención de tabaquismo y consumo de alcohol y no hay evidencia disponible sobre su influencia sobre el consumo de otras drogas (Evidencia III, Recomendación C).

Los programas escolares de prevención del consumo de drogas son más eficaces si son interactivos y participativos, intervienen iguales como mediadores y se comienzan en el paso de la educación primaria a la secundaria.

Bibliografía:

American Academy of Pediatrics, 2008. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, Adolescents (Third Edition).

URL: http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/1-BF-Introduction.pdf

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Prevención y detección del consumo de alcohol y drogas en la adolescencia. [En línea]. Enero 2009. Disponible en:

https://www.aepap.org/sites/default/files/alcohol_y_drogas.pdf

Health Behaviour in School-aged Children (*HBSC*). Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2010/EstilosVida.pdf>

Grupo de estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Actividades preventivas en la población adolescente. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. 2013

Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013; 17:205-216

Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Aten Primaria* 2010; 42:604-11.

Pérez Milena A, Martínez Fernández ml, Redondo Olmedilla M, Nieto Álvarez C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre adolescentes de un instituto urbano. *Gac Sanit.* 2012; 26:51–57

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2013) Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES 2012), Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. Disponible en:
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf

PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad [en línea]. Julio 2007 [consultado el 27/09/2007]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>

Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, 2014. Programa de la infancia y la adolescencia. *Aten Primaria.* 2014; 46(IV) Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf

Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014. Disponible en: <http://si.easp.es/psiaa//>

Ruiz Lázaro PJ. Protocolo diagnóstico de sospecha de drogadicción y alcoholismo. *Medicine.* 2010; 10:4238-41

Ruíz Lázaro J. Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia. En: Del Pozo J, ed. Tratado de pediatría extrahospitalaria. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2011. 1487-1494. Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/157.pdf>

Zarco Montejó J, Caudevilla Galiigo F, López Santiago A, Álvarez Mazariegos JA, Martínez Osorio S. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Samfyc. 2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/AtencionPrimariaDrogas.pdf>

U.S. Preventive Services Task Force. Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2012

U.S. Preventive Services Task Force. Primary Care Behavioral Interventions to Reduce Illicit Drug and Nonmedical Pharmaceutical Use in Children and 5.3. Adolescents. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Am Fam Physician. 2015;1:91. Online. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2015/0301/od2.html>

ANEXO 1. Cálculo del consumo de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE)

Calculo del consumo de alcohol en UBE (En España y USA, 1 UBE=10 gr de alcohol puro)		
Tipo de bebida	Volumen	Número de UBE
Vino	1 vaso de vino (100 ml)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 ml)	1
	1 litro	5
Copas	1 carajillo (25 ml)	1
	1 copa (50 ml)	2
	1 combinado (50 ml)	2
	1 litro	40
Jerez, Cava, Vermut	1 copa (50ml)	1
	1 Vermut(100 ml)	1
	1 litro	20

Puntuación:	
Bebedor moderado	Consumo semanal: < 17 UBE/semana hombre < 11 UBE/semana mujer
Bebedor de riesgo	> 28 UBE/semana hombre, > 17 UBE/semana mujer Ingesta de 5 UBE en una sola ocasión en el último mes
En menores cualquier consumo se considera consumo de riesgo	

ANEXO 2. Test de CAGE

Es un cuestionario autoadministrado para detectar síntomas de dependencia alcohólica. Dos o más respuestas afirmativas indican posible dependencia del alcohol.

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
2. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

ANEXO 3. Cuestionario AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - (0) Nunca.
 - (1) Una o menos veces al mes.
 - (2) 2 ó 4 veces al mes.
 - (3) 2 ó 3 veces a la semana.
 - (4) 4 o más veces a la semana.
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - (0) 1 ó 2.
 - (1) 3 ó 4.
 - (2) 5 ó 6.
 - (3) 7 a 9.
 - (4) 10 o más.
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
 - (0) Nunca.
 - (1) Menos de una vez al mes.
 - (2) Mensualmente.
 - (3) Semanalmente.
 - (4) A diario o casi a diario.
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
 - (0) Nunca.
 - (1) Menos de una vez al mes.
 - (2) Mensualmente.
 - (3) Semanalmente.
 - (4) A diario o casi a diario.
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
 - (0) Nunca.
 - (1) Menos de una vez al mes.

- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No.
- (2) Sí, pero no en el curso del último año.
- (4) Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

(0) No.

(2) Sí, pero no en el curso del último año.

(4) Sí, en el último año

Puntuación:

Se suma el resultado de cada respuesta (que está entre paréntesis delante de la misma). La escala de valoración oscila entre los 0 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo.

- consumo de riesgo (8 puntos en hombres, 6 en mujeres),
 - uso perjudicial (entre los 8/6 anteriores y 20 puntos),
 - dependencia (más de 20 puntos).
-

ANEXO 4. Test de Fagerström para adolescentes.

		Puntuación
¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas hasta que te fumas el primer cigarrillo?	Hasta 5 min.	3
	6-30 min.	2
	31-60 min.	1
	Más de 60 min.	0
¿Fumas en lugares prohibidos?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo te costaría más suprimir?	EL primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
	Esporádico –	0
¿Cuánto fumas?	10 cigs./día	1
	11-20 cigs/día	2
	21-30 cigs/día	3
	>30 cigs/día	
¿Cuándo fumas más, por la mañana o por la tarde?	Por la mañana	1
	Por la tarde	2
¿Fumas aunque estés enfermo?	Sí	1
	No	0

Puntuación de corte entre dependencia moderada y alta: 5 ó 6 (según autores)

Capítulo 8.

ADOLESCENTES Y SEXUALIDAD

Rocío Martínez Pérez

PUNTOS CLAVE

La adolescencia es un momento adecuado para proporcionar una información veraz sobre la sexualidad, estando indicada la realización de un consejo de salud sexual y reproductiva según la edad.

Se debe educar en una sexualidad igualitaria que promueva roles similares para hombres y mujeres.

El preservativo masculino y la doble protección (preservativo más anticonceptivo hormonal) son los métodos de planificación familiar más aconsejables para los adolescentes.

La píldora del día después debe usarse sólo como anticonceptivo de emergencia, valorando de forma individual la capacidad de la adolescente para su uso.

Hay que preguntar en adolescentes activos sexualmente por síntomas sugerentes de infecciones de transmisión sexual y pautar tratamiento en caso necesario.

Se debe proteger a la menor de un embarazo no deseado por sus consecuencias físicas y psicosociales.

1. El desarrollo sexual

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Organización Mundial de la Salud

La sexualidad en el adolescente es un tema muy importante tanto para él como para sus padres. Supone alejarse de la niñez, de la inocencia, para sumergirse en mundo diferente próximo a la edad adulta. Debemos entender la sexualidad como un tema “biopsicosocial”, innata en el ser humano.

La **identidad de género**, se adquiere antes de los 3 años. Hacia los 7 años de edad se llega a la comprensión del papel sexual, que comprende las expectativas sociales y culturales, las actitudes, los estereotipos y las creencias de conducta masculina o femenina. También durante la etapa infantil se inicia el proceso de orientación sexual que definirá los patrones de conductas físicas y de atracciones emocionales y eróticas hacia los demás.

Las manifestaciones de la sexualidad varían dependiendo de la edad, el contexto social en que vivimos y por la forma en que pensamos y sentimos como seres sexuales.

Es en la adolescencia donde se completa el proceso de consolidación de la identidad sexual adulta. Es la etapa en que se determina la orientación sexual (homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad), entendida como variante de la normalidad y diferenciándola de los trastornos de la sexualidad y de la identidad sexual (trastornos del deseo sexual, los trastornos de la excitación sexual, los trastornos orgásmicos, los trastornos sexuales por dolor, los trastornos sexuales debidos a una enfermedad médica y los trastornos sexuales inducidos por sustancias y las parafilias (masoquismo, sadismo, etc.) y que conviene conocerlos por si son motivos de consulta.

El cuerpo del adolescente se transforma y adquiere la doble capacidad de reproducción y del goce sexual y atracción física hacia otras personas. En este periodo se producen cambios que afectan a todos los órganos y estructuras corporales, pero lo más llamativo es el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

El momento del comienzo de la **pubertad** es muy variable, generalmente la pubertad comienza en algún punto comprendido entre los 7 y 13 años en las chicas y entre los 9 y 15 años en los chicos. La pubertad es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, donde tienen lugar importantes cambios físicos, funcionales, psicológicos y relacionales. La cronología de la pubertad es extremadamente variable en función del componente genético y ambiental.

El inicio de la pubertad depende de una serie de cambios madurativos, que se manifiestan de una manera ordenada y progresiva. Se encuentran involucrados el hipotálamo [produciendo el factor liberador de gonadotrofinas (GnRH)], las hormonas hipotalámicas liberadoras de GH (GHRH) y de somatostatina. Asimismo, el lóbulo anterior de la hipófisis libera

la hormona foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH), y la hormona de crecimiento (GH). Las gónadas producen gametos maduros (espermatozoides y ovocitos), y esteroides sexuales (andrógenos, progestágenos, estrógenos e inhibinas). Finalmente, los factores de crecimiento semejantes a la insulina (IGFs) van a contribuir al estirón de la pubertad junto con la secreción de esteroides sexuales.

El aumento de la liberación de FSH y LH conlleva la estimulación de las gónadas, provocando la maduración de las células germinales y la formación de esteroides sexuales. La FSH aumenta los receptores para la LH en las células de Sertoli y la testosterona producida por estas células incrementa la acción de la FSH sobre la espermatogénesis. La FSH en el varón, al inicio de la pubertad, incrementa el volumen testicular y eleva la testosterona plasmática, que va a ser responsable del estirón puberal, del aumento de masa muscular, del desarrollo de los genitales externos e internos, de la aparición de vello sexual y pelo facial. Actuando de forma sinérgica con la FSH, regula el crecimiento y la maduración de los túbulos seminíferos.

La FSH en la mujer mantiene la función de las células de la granulosa y la maduración del folículo ovárico, al tiempo que estimula la secreción de estradiol. Este es responsable del desarrollo de las mamas, de los cambios sobre los genitales externos e internos, de la distribución de la grasa corporal, del cierre del cartílago de crecimiento y, en combinación con la FSH y LH, intervienen en la maduración de los folículos primordiales.

A nivel psicológico y social, es normal en esta etapa la búsqueda de la independencia, el alejamiento de los padres y su vía de información suelen ser amigos, la televisión, internet u otros medios de comunicación, lo que a veces conlleva confusión y

creación de estereotipos que no son reales y que pueden conllevar comportamientos inadecuados. La imitación del modelo adulto puede ocasionar problemas en la iniciación de la sexualidad.

Todo ello implica la necesidad de una atención personalizada durante los cambios que el adolescente experimentará en su sexualidad. Es importante propiciar que el adolescente conozca su sexualidad de forma directa, ofreciéndole una información correcta, sincera, acorde con sus expectativas y facilitándole conocimientos de aquellos temas que realmente le interesa y con los que se identifique. Es misión del médico de familia aportar información adecuada a su nivel de aprendizaje, evitando confusiones y con el grado de confidencialidad requerida, creando un clima de confianza donde pueda despejar dudas y temores para ayudarle a elaborar sus propias ideas y criterios y que le permitirán llevar una vida sexual sana y natural, sin necesidad de caer en tabúes o falsas represiones. A la vez se le debe hacer reflexionar acerca de la responsabilidad de tener hijos. Debemos apoyarlos para que se sientan personas responsables y que confíen en el equipo de salud.

2. Educación sexual

La adolescencia es una etapa evolutiva clave para **educar en una sexualidad igualitaria**. Vivimos en la era de las comunicaciones; el adolescente recibe múltiples informaciones desde distintos ámbitos y paradójicamente presenta grandes incógnitas, miedos, inseguridades y prejuicios.

El programa **FORMA JOVEN** de la Junta de Andalucía señala los objetivos prioritarios en la educación para la sexualidad y las relaciones afectivas:

- La promoción de relaciones sanas, seguras y satisfactorias.
- La igualdad entre hombres y mujeres.
- La eliminación de comportamientos sexistas.
- La prevención de SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.

En la atención sanitaria al adolescente, la anamnesis y exploración en el área sexual constituye una herramienta básica para la detección de conductas de riesgos. Es una excelente ocasión para incluir recomendaciones a la familia sobre **consejo de salud sexual y reproductiva según la edad**. Entre los 12-19 años se proporcionará consejo individualizado según las preferencias, los conocimientos y habilidades mediante información verbal y escrita (grado de recomendación B). Las recomendaciones sobre sexualidad segura se diferencian en dos grupos:

En adolescentes no iniciados

- Identificar actitudes, conocimientos y habilidades adecuadas a su edad.
- Consejo sobre la importancia de planificar la protección desde la primera relación.
- Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.

En adolescentes con prácticas sexuales

- Obtener una historia sexual detallada.
- Identificar comportamientos y prácticas de riesgo, relaciones con coacción y abusos.

- Comprobar la utilización de protección y valorar actitud, conocimiento y habilidades en su uso. Reforzar su utilización.
- Valorar, según riesgo individual, la realización de cribado de enfermedades de transmisión sexual.
- Informar sobre recursos de anticoncepción en el área de salud.
- Cuando esté indicado, proporcionar anticoncepción (incluida anticoncepción general y de emergencia) y/o derivar a un centro de planificación según sean los recursos de la zona.
- No aconsejar exclusivamente la abstinencia como única opción preventiva.
- Aconsejar los preservativos masculinos de látex para relaciones esporádicas y éstos combinados con anticonceptivos orales para relaciones continuadas.
- Enfatizar la asociación entre alcohol/drogas y prácticas de riesgo.
- Comprobar la vacunación contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano según el calendario vacunal.
- Fomentar y participar en los programas escolares de prevención existentes en la zona.
- En el caso de adolescentes que decidan continuar con su embarazo: derivar para su incorporación precoz en el programa de seguimiento de embarazo. Remitir, si procede, a los servicios sociales para la gestión de recursos educativos y socioeconómicos.

3. Planificación familiar

El médico de familia debe estar dispuesto a despejar dudas y cuestiones que le puedan plantear los adolescentes. Hay que

informar de estos riesgos y de las medidas preventivas a adoptar a todos los hombres desde los 13- 14 años y a las mujeres a partir de la menarquía. Especialmente a las sexualmente activas.

Los **preservativos masculinos** y femeninos son el único método que previene tanto de los embarazos no deseados como de las infecciones de transmisión sexual, incluida el VIH, por lo que son el método anticonceptivo de elección. Junto a estos métodos, el **método de doble protección** es de elección, consiste en la utilización de preservativo por el hombre y de la píldora por la mujer y proporciona una eficacia muy elevada asociada a la protección de las ITS.

Los principales **métodos anticonceptivos** son:

Métodos anticonceptivos simples

Estos métodos, cuya eficacia anticonceptiva es considerada como baja o nula, no protegen frente a las infecciones de transmisión sexual.

Método de la temperatura basal, que se basa en medir la temperatura para calcular el nivel de progesterona y, por tanto, los días de infertilidad postovulatoria

Método de la ovulación que se basa en la observación diaria del moco cervical cuyos cambios se asocian a los niveles de estrógenos previos a la ovulación. Normalmente, el período de infertilidad se caracteriza por la ausencia de moco cervical visible y sequedad vaginal.

Anticonceptivos de barrera

Además de ser muy fiables, protegen de las infecciones de transmisión sexual.

Preservativo masculino (condón) tiene una eficacia media-alta, protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y

no requieren control sanitario. Se trata de una funda (con o sin látex) que debe colocarse sobre el pene erecto.

Preservativo femenino es un método de uso vaginal alternativo al preservativo masculino. Consiste en una funda transparente de nitrilo (apto para personas alérgicas al látex), con dos anillos flexibles en ambos extremos, uno en el interior, que permite la colocación dentro de la vagina, y otro de un diámetro más grande que permanecerá en el exterior de la vagina cubriendo los genitales externos de la mujer. Es más resistente que el preservativo masculino, es inodoro, y viene ya lubricado. Puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual, sin necesidad de retirarlo inmediatamente después de la eyacuación. Proporciona mayor protección a la mujer contra las enfermedades de transmisión sexual, como la de VPH-virus del papiloma humano- y por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Su efectividad es de 88 % a 98 % si se utiliza correctamente. El preservativo femenino ofrece a las mujeres la posibilidad de ejercer sus derechos sexuales, ya que al ser un método que puede ser usado por ellas mismas facilita la decisión y el control para mantener relaciones sexuales con penetración seguras.

Diafragma es una caperuza que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo completamente el cuello del útero. Impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es reutilizable. El **capuchón cervical** es una versión más evolucionada del diafragma, recubre el cuello uterino y es de un solo uso. Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben usarse con espermicidas. Ambos protegen parcialmente de las ITS.

Anticonceptivos químicos u hormonales

Son métodos muy eficaces pero ninguno de ellos protege contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

Píldora combinada, compuesta por dos tipos de hormonas: estrógenos y progestágenos. Existen diferentes tipos que varían según la dosis, la combinación de las hormonas que contienen y la forma de presentación. Se toma a la misma hora, diariamente durante 21 o 28 días e impide la ovulación. Es un método hormonal y tienen una eficacia alta-muy alta (>97%), no protegen de las ITS y requieren control sanitario.

Los **parches hormonales** se colocan sobre la piel, normalmente en los brazos, glúteos o en el estómago. Se usa uno por semana, durante tres semanas y la cuarta se descansa. Debe colocarse en una zona del cuerpo sin cremas para que no se despegue y nunca en las mamas.

El **anillo vaginal** es un dispositivo en forma de aro flexible que se introduce en la vagina. Contiene hormonas similares a las de la píldora combinada que se van liberando y son absorbidas por la mucosa vaginal. Se usa tres semanas y la cuarta se descansa.

La **píldora de gestágeno** contiene solamente un tipo de hormona. Se toma todos los días a la misma hora, sin descanso. El anticonceptivo **hormonal inyectable** es de administración trimestral y contiene una única hormona (acetato de medroxiprogesterona). Los **anticonceptivos subdérmicos** consisten en una pequeña varilla que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva durante tres o cinco años.

Dispositivo intrauterino

Es un dispositivo de plástico con elementos metálicos que se coloca en el interior del útero afectando al microclima de tal forma que dificulta en gran medida la fecundación. Tiene una eficacia muy alta (DIU hormonal) o una eficacia alta (DIU cobre), no protege de las ITS y requiere control sanitario.

Métodos parcialmente irreversibles

Ligadura de las trompas de Falopio para la mujer, que impide que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides puedan acceder a él

Vasectomía para el hombre mediante la cual se seccionan los conductos que llevan los espermatozoides de los testículos al exterior o cuando se eyacula. Los espermatozoides que se fabrican diariamente son reabsorbidos por el organismo pero no se impide la eyaculación ya que el líquido seminal se genera en la próstata.

La **píldora del día después** (**píldora postcoital**) es un anticonceptivo de emergencia que contiene 1,5 mg de levonorgestrel y debe utilizarse cuando se ha llevado a cabo un coito sin protección o ha habido algún tipo de incidente con el preservativo u otro método anticonceptivo. No es, por tanto, un método anticonceptivo que se deba utilizar de forma habitual, pero no es un método abortivo. Cualquier mujer, sin límite de edad, puede usar la píldora postcoital.

Se administra gratuitamente. Para conseguirla, hay que acudir a cualquier centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía: consultorios, centros de salud, hospitales, servicios de urgencias, servicios de planificación familiar y centros de atención a jóvenes. También se puede conseguir sin receta en las oficinas de farmacia, pero hay que pagarla íntegramente porque no se financia por la Seguridad Social. Junto con la píldora, se facilitarán material informativo sobre la misma, su administración, precauciones y contraindicaciones.

- A partir de los **16 años de edad**, las mujeres no necesitan el consentimiento de sus padres para tomar la píldora.
- **Entre 12 y 16 años de edad** no es necesario el consentimiento del tutor o tutora legal, pero es el profesional sanitario, en la farmacia o en otro centro sanitario, quien decide si la adolescente es madura para tomarla –es lo que se llama ‘madurez mínima’-. Hay profesionales que prefieren no dar la píldora por razones de objeción de conciencia. En ese caso deberán indicar a qué centro se puede acudir para obtenerla.
- Si la adolescente es **menor de 12 años** es necesaria la autorización del tutor o tutora legal para poder recibir la píldora postcoital. Además, es necesario informar a las autoridades judiciales porque por debajo de esa edad no se permiten las relaciones sexuales, aún consentidas.

Es muy cómoda de tomar, ya que se trata de una única toma. Se recomienda tomarla lo más pronto posible tras la relación sexual de riesgo, preferiblemente **dentro de los tres primeros días (72 horas)**. Se puede tomar en cualquier momento del ciclo menstrual y también aunque se esté dando el pecho, pues no afecta a la lactancia. Antes de tomarla no es necesaria exploración clínica ni ginecológica para su prescripción. Tampoco

es preciso hacer un test de embarazo. En el caso de utilizar anticonceptivos hormonales (pastillas, parches o anillos vaginales), debe de continuar con su uso de forma habitual. No hay un número máximo de veces que puede tomarse la píldora postcoital, se podría usar cada vez que hiciera falta, pero hay que recordar que es un método de urgencia y no es recomendable usarlo como método anticonceptivo habitual. Si toma la píldora estando embarazada, el embarazo continuará normalmente. Si la mujer vomita dentro de las tres horas siguientes hay que volver a repetir el tratamiento. No protege del VIH/Sida, ni de otras Infecciones de Transmisión Sexual

4. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública mundial tanto por su morbilidad como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. Se ha constatado mediante los diferentes indicadores epidemiológicos el importante aumento de las ITS en la población en general y entre los jóvenes en particular, sexualmente más activa y con más conductas de riesgo. Pueden afectar tanto a hombres como a mujeres, a cualquier edad, aunque las mujeres tiene mayor riesgo de contraerlas por la anatomía de su aparato reproductor y sexual. La epidemiología de las ITS presenta diferencias entre los adolescentes y los adultos y aunque las presentaciones clínicas son similares, se considera que, desde el punto de vista biológico, los adolescentes son más susceptibles a una infección y tienen un mayor riesgo de morbilidad. Muchas veces no provocan síntomas, pero si no se tratan pueden generar complicaciones serias de salud como partos prematuros, infertilidad, demencia, cáncer e incluso la muerte.

La labor del médico de familia debe ir encaminada a la prevención y tratamiento precoz, tanto del paciente como de su pareja o parejas sexuales. La mayoría puede no provocar molestias, o heridas visibles, pero en los casos en que sí aparecen síntomas estos suelen ser los siguientes:

Hombre	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras o ampollas en el pene • Dolor al orinar • Pus que sale por el pene • Ganglios inflamados en las ingles
Mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado durante o después de las relaciones sexuales • Escozor en la zona genital, con o sin dolor. • Secreciones de pus en los genitales. • Ardor al orinar. • Flujo vaginal diferente al habitual. • Dolor en la parte baja del abdomen. • Lesiones en la boca o manchas en la piel. • Picazón en la zona genital.

Las principales ITS en adolescentes son:

VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)
VPH (virus del papiloma humano)
Clamidia
Sífilis
Uretritis, gonorrea o blenorragia
Tricomoniasis
Herpes
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Hasta el 30 de junio de 2013 se ha recibido desde las 18 CCAA la notificación de 3.210 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012, lo que representa una tasa de 8,5 por 100.000 habitantes. En 2012 se declararon en España 3.641 casos de sífilis, lo que supone una incidencia de 7,88 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de sífilis ha experimentado un importante crecimiento entre 2006 y 2012.

En 2012 se declararon en España 3.042 casos de gonococia, lo que supone una incidencia de 6,59 casos por 100.000 habitantes superior a la del año previo (5,72 casos por 100.000 hab.). En el periodo 2006-2012 se observa una tendencia ascendente.

Durante el año 2012 se declararon al SIM (Sistema de Información Microbiológica) 1.022 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*. Desde el año 2007 al 2012 se aprecia un incremento en el número de los diagnósticos notificados al SIM (de 223 en 2007 a 1.022 en 2012).

En 2012 se notificaron 585 casos de hepatitis B. La incidencia fue de 1,27 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la del año anterior, en el que se declararon 762 casos. La incidencia en hombres fue superior durante todo el periodo a la de las mujeres. En 2012, las tasas por sexo fueron 1,84 casos por 100.000 hombres y 0,72 casos por 100.000 mujeres.

Sífilis

La mayoría se produce por *Chlamydia trachomatis* (uretritis no Agente infeccioso: *Treponema pallidum*.

Indicaciones de cribado: **grado de recomendación A**

Fases clínicas:

- *Sífilis temprana* (< 1 año del contacto): Primaria, Secundaria y Latente precoz.
- *Sífilis tardía* (> 1 año del contacto): Latente tardía y Terciaria (cardiovascular, neurosífilis y benigna o gomas).

Tratamiento:

- **Sífilis primaria, secundaria y latente precoz.** Se tratará con penicilina G benzatina 2,4 mU IM en dosis única. Alternativas: doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas durante 14 días o tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas durante 14 días.
- **Sífilis latente tardía y terciaria.** Se trata con penicilina G benzatina 2,4 mUIM en dosis única semanal durante 3 semanas. Alternativas: doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas durante 28 días o tetraciclina 500 mg VO cada 6 horas durante 28 días.
- **Neurosífilis.** Se trata con penicilina G cristalina acuosa 18-24 mU al día, administradas en forma de 3-4 mU IV cada 4 horas, durante 10-14 días.

Granuloma inguinal (donovaniosis)

La mayoría se produce por *Chlamydia trachomatis* (uretritis no Agente infeccioso: *Calinmatubacterium granulomatis* (*Donovania granulomatis*). Presenta lesiones ulcerosas profundas, sucias, vegetantes, friables, frecuentemente indoloras; no hay adenopatías regionales en la mayoría de los casos.

Tratamiento: doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas. Alternativas: ciprofloxacino 750 mg VO cada 12 horas; eritromicina 500 mg VO cada 6 horas (tratamiento de elección en las mujeres embarazadas) o azitromicina 1 g VO por semana durante 3 semanas.

Uretritis y cervicitis

La mayoría se produce por *Chlamydia trachomatis* (uretritis no gonocócica), *Ureaplasma urealyticum* (uretritis no gonocócica) y *Neisseria gonorrhoeae* (uretritis gonocócica). El signo predominante de la uretritis aguda es la presencia de exudado uretral, más o menos abundante, que en ocasiones se acompaña de dolor al orinar y más raramente de dificultad en el vaciado vesical.

Indicaciones del cribado: **grado de recomendación A**

Tratamiento: el tratamiento empírico de elección en la uretritis aguda es la combinación de cefixima 400 mg v.o. o ceftriaxona 250 mg i.m. y azitromicina 1 g v.o. en monodosis.

Orquitis y epididimitis

Se trata de una inflamación repentina del epidídimo y testículo. En los hombres jóvenes la causa más frecuente de epididimitis son los microorganismos que ocasionan uretritis. El tratamiento empírico es el mismo que el de las uretritis.

Linfogranuloma venéreo

Agente causal: *Chlamydia trachomatis* (serotipos L1, L2, L3). Provoca lesiones papulosas o papulovesiculosas que posteriormente se ulceran superficialmente, indoloras, que se acompañan de adenopatías inguinales fistulizadas.

Tratamiento: azitromicina 1 g VO en dosis única; ceftriaxona 250 mg IM en dosis única; ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas durante 3 días o eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 7 días.

Virus de la inmunodeficiencia humana

El **síndrome de la inmunodeficiencia adquirida** (SIDA) es la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un retrovirus que se puede

transmitir por vía sexual, por transfusión sanguínea y de la madre al hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Es la pandemia más extendida del pasado siglo y de la actualidad. Es razonable suponer que una buena proporción de los casos reportados en adultos de 25 a 39 años de edad pudieron haber sido contagiados con el VIH durante el periodo de adolescencia.

Después de la adquisición del VIH, se suceden tres fases claramente definidas:

1. el periodo inmediato posterior, en donde aparecen las primeras reacciones de activación del sistema inmune y las manifestaciones de un síndrome similar a la mononucleosis infecciosa;
2. un periodo prolongado de silencio clínico, en el que no hay signos ni síntomas pero en el que el virus sigue duplicándose en los ganglios linfáticos, y
3. una fase de destrucción del sistema inmune, rápidamente progresiva y con la aparición de los signos y síntomas del SIDA

Tratamiento: fundamentalmente preventivo, uso de preservativos (**grado de recomendación A**). Antirretrovirales, incluyendo los inhibidores de transcriptasa inversa, de proteasa, inhibidores de la proteasa (IP), inhibidores de la fusión (IF), inhibidores de la integrasa (IInt) y antagonistas del CCR5. Se debe realizar quimioprofilaxis de las infecciones oportunistas (IO) y vacunaciones en el paciente VIH positivo.

Herpes genital

Se han identificado dos serotipos el VHS1 y el VHS2, ambos pueden causar herpes genital, siendo el más frecuente el VHS2.

Aparecen vesículas sobre base eritematosa, dolorosas y diseminadas.

No está indicado su cribado. **Grado de recomendación D.**

Tratamiento: Primoinfección: valaciclovir 500 mg VO, dos veces al día durante 7-10 días; famciclovir 250 mg VO tres veces al día durante 7-10 días o aciclovir 400 mg VO tres veces al día durante 7-10 días. Recidivas: valaciclovir 500 mg VO dos veces al día durante 5 días; famciclovir 125 mg VO tres veces al día durante 5 días; aciclovir 400 mg VO tres veces al día durante 5 días o aciclovir 800 mg VO dos veces al día durante 5 días.

- Terapia supresora: instaurar cuando existan más de 6 recurrencias por año. La duración mínima es de 6 meses a un año. Valaciclovir 500 mg VO una vez al día; famciclovir 250 mg VO dos veces al día o aciclovir 400 mg VO dos veces al día.
- Se deberá practicar la abstinencia sexual cuando haya lesiones o síndrome prodrómico y utilizar el preservativo con parejas nuevas o no infectadas.

Infección por el papilomavirus humano (VPH)

En la actualidad es la ITS diagnosticada con más frecuencia, provocada con mayor frecuencia por los serotipos 6, 11, 16, 18, 31, 35 y 51. Aparecen pápulas planas, pequeñas, marronáceas, que pueden agruparse y formar placas, asintomáticas. La mayoría de las personas infectadas por el VPH están asintomáticas.

En adolescentes no se aconseja la realización de un test para el cribado del HPV (**recomendación D**).

Tratamiento: Ningún tratamiento es completamente satisfactorio. En la mayoría de las situaciones clínicas se utiliza podofilina, podofilotoxina o ácido tricloroacético (ATC) para el tratamiento de verrugas genitales y perianales externas. Crioterapia con nitrógeno líquido, dióxido de carbono sólido o

criosonda cuando se dispone de estas técnicas. Electrocirugía o escisión quirúrgica. La crioterapia no es tóxica, no necesita anestesia y, si se realiza adecuadamente, no deja cicatrices.

Profilaxis: hay dos tipos de vacunas comercializadas contra VPH en nuestro país: la bivalente (16 y 18) y la cuativalente (6, 11, 16, 18). En España desde el año 2008 ya se ha incorporado la vacuna contra determinados tipos de VPH (6 y 11; 16 y 18) en el calendario de vacunas infantil.

Molusco contagioso

El agente causal es el poxvirus del *Moluscum contagiosum*. Se puede observar la presencia de pápulas umbilicadas con una especie de poro central, brillantes de color blanco perlado, hemisféricas, múltiples y asintomáticas.

Tratamiento: curetaje, electrocoagulación, crioterapia o ácido tricloroacético.

Pediculosis púbica

Agente causal: *Phthirus pubis* (ladilla). Tratamiento: Piretrinas al 1%

Escabiosis (sarna)

Agente causal: *Sarcoptes scabiei*. Causa pápulas excoriadas de aspecto chancriforme (chancro escabiósico), puede observarse el surco labrado por el parásito; existe prurito intenso sobre todo por las noches.

Tratamiento: permetrina al 5%, en una sola aplicación de 12 horas.

Trichomoniasis

El agente causal es la *T. vaginalis*. Provoca una secreción vaginal fétida y prurito vulvar en mujeres, y por uretritis en hombres.

Tratamiento: metronidazol, 2 g por vía oral, en dosis única.

5. Embarazo no deseado

En 2013 fueron 108.690 mujeres las que interrumpieron su embarazo. Esto supone que 11,74 de cada 1.000 mujeres en edad fértil abortaron. En la Comunidad Autónoma de Andalucía supuso una tasa de 11,91 de cada 1000 mujeres en edades comprendidas entre los 15-44 años. 37.191 mujeres, el 34% de las que abortaron en 2013, no usaron ningún método anticonceptivo. El 24,94% de las mujeres que abortaron en 2013 habían interrumpido ya antes un embarazo; el 8,04%, dos, y el 2,55% tres.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida. Es una crisis que puede sobrepasar las capacidades de las adolescentes. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente y generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social.

ENLACES DE INTERÉS

- <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/patiojoven/patiojoven/Programas/InformacionSexual>
- <http://www.formajoven.org/sexualidad.html>
- <http://si.easp.es/psiaa/guias-y-consejos-para-familias/>

Bibliografía

Calvo MT, Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral*, 2011; 15: 507-18.

Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2012. Madrid, 2014.

Cornellà i Canals J. La sexualidad en la adolescencia. *Medicine*. 2010; 10(61):4191-5

Documento de consenso de Gesida y PNS sobre el tratamiento antirretroviral del adulto (enero 2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (España).

Grupo de Estudio del Adolescente. Actividades Preventivas en la Población Adolescente. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. (SAMFyC 2012)

Mesa Gallardo MI. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. Aten Primaria 2004; 33: 374-80

Mitjans Lafont L. Sexualidad y adolescencia. Rev Pediatr Aten Primaria 2005; 7 (supl 1): S 85-9

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Dirección general de salud pública, calidad e innovación. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2013

OMS. Necesidad de Salud de los adolescentes. Serie informes técnicos. Ginebra: OMS, 1977.

OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2005.

Programa de actividades preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. Actualización 2014. Ediciones de la SEMFYC: Recomendaciones de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia.

Capítulo 9.

SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

M^a Ángeles Moreno Fontiveros, M^a José Martínez Vera

PUNTOS CLAVE

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual del adolescente y en el resto de los miembros de su familia.

El diagnóstico precoz de la patología mental es difícil, pero necesario y mejora el pronóstico de estos pacientes. Muchos de los adultos diagnosticados de alguna enfermedad mental comenzaron su sintomatología antes de los 14 años.

La expresión clínica que presenta el adolescente con enfermedades psiquiátricas como la depresión, varía ostensiblemente con las descritas en adultos, lo que dificulta el diagnóstico.

Etiquetar de forma precipitada al paciente o realizar una intervención inadecuada puede afectar negativamente al paciente y su entorno.

En pocas ocasiones, el adolescente acudirá a nuestra consulta por su problema.

Los adolescentes con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad. El diagnóstico es clínico y la sintomatología que presente debe estar presente desde la infancia y repercutir negativamente en su funcionamiento diario.

El antidepresivo de elección en los trastornos depresivos del adolescente son los ISRS, especialmente la fluoxetina.

En los adolescentes es frecuente que la ansiedad se manifieste con irritabilidad, exigencias y accesos de cólera. También podemos encontrar quejas somáticas repetidas y cambiantes.

Las tasas de suicidio entre jóvenes de 15-24 años están aumentando,

convirtiéndose en una de las tres causas más frecuentes de muerte en esta franja de edad.

Los trastornos psicóticos en adolescentes se hallan entre las enfermedades de mayor gravedad, por el grave deterioro cognitivo que producen y por el estigma que padecen. El pronóstico mejora si logramos el diagnóstico precoz de la enfermedad, detectando los síntomas prodrómicos.

1. Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Los trastornos mentales de los niños y adolescentes son sin duda el gran desafío sanitario del siglo XXI.

La prevalencia de trastornos mentales en adolescentes europeos de 15 a 19 años es del 20%, y solo una quinta parte son correctamente diagnosticados. Los problemas de salud mental más frecuentes en los adolescentes son la depresión, la ansiedad, el trastorno de conducta y el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Entre los 10 y 19 años, la depresión es la patología más frecuente (1/5 de los adolescentes) y discapacitante.

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual del adolescente. Además de

minar la imagen personal y la autoestima de los jóvenes y la estabilidad y economía de sus familias; se ha demostrado asociación entre distintas conductas de riesgo (sexuales, de alimentación, violencia, acoso escolar, consumo de tóxicos). En España, los estudios indican que uno de cada cuatro suicidios se da en menores de 25 años.

Promover la salud mental de los adolescentes, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los trastornos mentales, ayuda a reducir la carga en el paciente y la familia mejorando su calidad de vida, previene o reduce la discapacidad a largo plazo, disminuye la delincuencia (un porcentaje elevado de jóvenes que sufren trastornos mentales y no son diagnosticados terminan en Centros de Menores y en el mundo de la delincuencia), reducen los costes a los sistemas sanitarios y la tasa de suicidios.

La promoción y prevención en salud mental infantil es más que la detección de enfermedades, y concierne directamente al profesional de atención primaria, quien en su quehacer diario debe saber dar respuesta a las dificultades para el desarrollo biopsicosocial de los adolescentes, conocer los factores de riesgo y los protectores que puedan estar implicados en dicho desarrollo y reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos psíquicos prevalentes en cada edad. Además debe contribuir de forma activa a eliminar el estigma y discriminación que sigue lastrando la enfermedad mental.

2. Características de la enfermedad psiquiátrica en la adolescencia

- 1.** Carácter dinámico y evolutivo de la psicología del adolescente. Se debe realizar una valoración longitudinal de la clínica, y siempre en relación con la edad y el estado madurativo.
- 2.** Falta de iniciativa en la demanda de atención, retrasando el diagnóstico. El adolescente se preocupa poco por su salud porque, en general están sanos y las enfermedades se visualizan a largo plazo. Suelen ser los padres, por iniciativa propia o por recomendación de profesores o médicos de Atención Primaria los que solicitan consulta u obligan al paciente a consultar.
- 3.** Vaguedad expresiva. Los síntomas aislados con frecuencia no guardan relación con síndromes o alteraciones concretas, más bien son conjuntos de síntomas mantenidos en el tiempo.
- 4.** Continua interacción en el contexto sociofamiliar y educativo; las experiencias cognitivas, emocionales, motivacionales, psicomotoras y sociales a las que se va enfrentando.
- 5.** Continuidad. Se calcula que en la mitad de los adultos con enfermedad mental comenzaron a presentar síntomas antes de los 14 años, demostrando que hay un alto grado de continuidad entre los trastornos infantiles-adolescentes, y los de edad adulta. Por ello es imprescindible para lograr un buen pronóstico de la enfermedad la detección e intervención precoz.
- 6.** Fragilidad. Etiquetar de forma precipitada al paciente o realizar una intervención inadecuada puede afectar negativamente al paciente y su entorno.
- 7.** En el tratamiento de estos pacientes se hace necesaria la coordinación de todas las administraciones implicadas en la vida del adolescente: Sanidad, Educación y en ocasiones también Servicios Sociales y Justicia.

3. Salud mental y entorno social

La familia es el grupo más importante en el desarrollo de la salud mental del adolescente, así como el entorno social y los profesionales que lo atienden. El contexto familiar y escolar juega un papel importante en el desarrollo de los problemas de salud mental. Los conflictos conyugales (separaciones o divorcios conflictivos) o las distintas formas de maltrato (abuso físico, psíquico, sexual y la negligencia en el cuidado) son factores frecuentemente asociados a los problemas de salud mental. Para impedir el desarrollo de este tipo de enfermedades es importante que los padres mantengan una buena comunicación con los hijos, fluida y constante, y que compartan tiempo con ellos. También es fundamental que los educadores tengan las herramientas necesarias para detectar precozmente estas patologías y comuniquen sus sospechas a los padres.

El diagnóstico de una enfermedad mental puede ser un estigma que no solo recae en el enfermo, también se proyecta en la familia, y estas se enfrentan a una situación tan desconocida como dolorosa, para la que no están informados ni preparados. Muchos padres y otros familiares de estos pacientes también requieren prestaciones, información, formación y apoyos especializados. En algunos casos temen tanto el estigma asociado a la enfermedad que no aceptan la realidad, demoran la búsqueda de soluciones, impiden y retrasan el abordaje del problema, dificultando y retardando la posibilidad de mejoría. El desconocimiento fortalece el estigma, por lo que es esencial una estrecha comunicación, información, formación de los profesionales, de las familias y de la sociedad en general.

4. Diagnóstico

El diagnóstico precoz de la patología mental es difícil, pero necesario. Muestra de esta dificultad es que el 80 % de los que cometen un intento de suicidio no han consultado a un médico. Pueden ser varios los motivos: baja frecuentación sanitaria del adolescente, infravaloración de los síntomas tanto de la familia como del sanitario al normalizándolos dentro del periodo adolescente por considerarse una edad difícil y con cambios de humor bruscos, estigmatización de la familia, distinta expresión clínica de muchas patologías durante la adolescencia, falta de tiempo en las consultas de Atención Primaria,...

Para un correcto diagnóstico hace falta hacer una valoración del adolescente en el contexto de su **historia vital**, puesto que ciertos pensamientos, impulsos, conductas o niveles de actividad de carácter aislado no tiene porque significar de forma obvia expresiones de patología psiquiátrica.

Desarrollo de la entrevista clínica

Historia del adolescente y su entorno. Se explorará comienzo y desarrollo de los síntomas.

- Estresores biopsicosociales, dificultad de adaptación y repercusión de los síntomas en la vida diaria del paciente y su familia.
- Desarrollo personal, respuesta ante extraños, miedos. Antecedentes personales, tratamiento que pueda estar tomando y que pudiera producir síntomas psicopatológicos.
- Funcionamiento académico y social.
- Presencia de abusos infantiles, violencia, antecedentes psiquiátricos familiares.

- Biografía familiar, roles pasados y presentes del adolescente. Para ello se pueden realizar entrevistas estructuradas o semiestructuradas.

Exploración física

Pruebas complementarias y evaluación psicopedagógica si procede.

Todos los estudios coinciden en que el diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico de estos pacientes. Los profesionales de la salud deben contar con las competencias necesarias para detectar pronto estas patologías y proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual y cuando sea necesario, medicación.

5. Trastornos del ánimo

Depresión

La depresión infanto-juvenil tiene una prevalencia del 8% en la adolescencia y continúa siendo infradiagnosticada debida a la diversidad de formas de presentación en esta etapa evolutiva.

En el adolescente con depresión los **síntomas predominantes** son la tristeza y/o irritabilidad, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer, durante la mayor parte del día las dos últimas semanas. Además pueden aparecer quejas somáticas, disminución del rendimiento escolar, astenia, baja autoestima, apatía, estancamiento o pérdida de peso y alteraciones del sueño. Con frecuencia se suman las conductas de oposición, el consumo de sustancias tóxicas y/o pensamientos recurrentes de muerte/suicidio. Para el diagnóstico de depresión estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes para provocar malestar

significativo o deterioro académico, social o laboral. La clínica en la distimia es similar a la depresión pero con menor intensidad y mayor duración. Siempre el diagnóstico diferencial de la depresión debe incluir una correcta evaluación física, para descartar enfermedades orgánicas diversas.

En el **trastorno bipolar**, los síntomas más prevalentes durante el episodio maníaco son aumento del nivel de energía, distraibilidad, presión al hablar, irritabilidad, grandiosidad, pensamiento acelerado, disminución de la necesidad de sueño, pobre capacidad de juicio, euforia/humor elevado, fuga de ideas e hipersexualidad.

Existen varias herramientas que nos ayudan al diagnóstico de estas patologías, entre otras han demostrado eficacia el **Cuestionario sobre la salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de depresión de Beck (BDI)** (nivel de evidencia D) (Anexo V). No se recomienda el cribado de depresión en la población general pero si se debe estar alerta en aquellos sujetos con factores de riesgo y presenten algún indicador de depresión (Evidencia B).

Tratamiento: En el manejo del paciente con depresión es necesaria una colaboración estrecha entre atención primaria y salud mental, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evaluación del paciente (nivel de evidencia B).

Tratamiento psicoterapéutico

La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión durante la adolescencia. La mayoría de las guías clínicas, incluida la publicada por el Ministerio de Sanidad español, proponen en la psicoterapia como el tratamiento inicial de elección, reservando los antidepresivos para las formas más graves o resistente, siempre combinándose con psicoterapia. La terapia

interpersonal se fundamente en la teoría de que los conflictos relacionales pueden suponer tanto una causa como una consecuencia de la clínica depresiva y se centra en el desarrollo de estrategias para la resolución de los mismos. Muy a menudo, habrá que añadir orientación familiar y trabajo coordinado con el equipo educativo.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de elección en la depresión del adolescente lo constituyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (nivel de evidencia A), tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad en el caso de sobredosificación. De todos los ISRS el más estudiado es la fluoxetina. Se recomienda que el tratamiento de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta (nivel de evidencia A) y al menos 6 meses tras la remisión del episodio (nivel de evidencia D). Otros fármacos como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, la mirtazapina o el bupropion han obtenido resultados prometedores, pero aún no concluyentes. Los antidepresivos tricíclicos no han demostrado eficacia.

Criterios de derivación a Salud Mental:

- Síntomas intensos y/ o duración elevada de éstos.
- Deterioro de la vida familiar, social o académica
- Presencia de factores sociofamiliares desfavorables.

Trastorno de ansiedad

La ansiedad es un estado emocional normal ante determinadas situaciones estresantes, cierto grado de ansiedad tiene un valor adaptativo fundamental en términos de autoconservación y de

supervivencia. Se considera ansiedad patológica cuando su intensidad afecta al desarrollo normal de las actividades cotidianas, afectando al funcionamiento familiar, social y escolar.

Trastornos de ansiedad frecuentes en la adolescencia son el Trastorno de ansiedad por separación, fobia social, mutismo selectivo, fobia escolar, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por estrés postraumático, y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

La **clínica** es muy variada. En los adolescentes es frecuente que aparezca irritabilidad, exigencias y accesos de cólera. También se pueden encontrar quejas somáticas repetidas y cambiantes (mareos, prurito, cefalea, palpitaciones, insomnio...), rituales y manías absurdas, preocupaciones excesivas o injustificadas, y evitación reiterada de determinadas situaciones (escuelas, salidas, relaciones sociales,...). Hay diversos cuestionarios que nos ayudan en el diagnóstico como es el Inventario de ansiedad de Beck (Anexo VII)

En el **trastorno de ansiedad generalizada** existe ansiedad y preocupaciones excesivas, persistentes y fuera de control, acompañadas como mínimo por un síntoma físico. Estos síntomas están presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses. Son adolescentes catastrofistas y preocupados por todo, rígidos y con preocupación desproporcionada a los hechos.

Las **crisis de angustia** aparecen bruscamente y suelen acompañarse de palpitaciones, taquicardia, sudoración sensación de ahogo o de atragantarse, temblores, opresión o malestar torácico, molestias abdominales o náuseas, inestabilidad mareo o desmayo, despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones.

El **Trastorno de estrés postraumático** requiere que se haya producido una exposición a un acontecimiento traumático potencialmente amenazante para el adolescente o alguien de su entorno, siendo el paciente testigo o padecerlo en su persona. Son síntomas característicos la re-experimentación (pesadillas, miedo,...), evitación y ataques de rabia, irritabilidad, alteraciones del sueño, quejas somática (dolor abdominal, cefalea)...

La **fobia social** es la ansiedad persiste y excesiva, sin crisis de angustia, ante situaciones sociales en las que el paciente se expone a la crítica de desconocidos durante al menos 6 meses. Se da mayormente en hombres, al contrario que la mayoría de los trastornos de ansiedad

La **fobia simple** es la aparición de nerviosismo, miedo excesivo ante un objeto, entorno o circunstancia interfiriendo en las actividades diarias del adolescente. La **fobia escolar** es la incapacidad total o parcial del adolescente de acudir al centro educativo como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar. La **ansiedad de separación** es la ansiedad excesiva cuando se produce alejamiento de una persona a la que el adolescente tenga un apego emocional. Aparecen síntomas somáticos (palpitaciones, inquietud, mareo,...) y psicológicos (miedo a accidentes, miedo a enfermedades,...) durante al menos 4 semanas.

En el **trastorno obsesivo compulsivo** aparecen obsesiones (pensamientos, que aparecen de forma intrusivo, repetitivo e indeseado de forma involuntaria y que provocan ansiedad y malestar significativo) y compulsiones (comportamiento motores repetitivos intencionales que el paciente debe realizar de forma estereotipada en respuesta a una obsesión con el fin de reducir el malestar o evitar que ocurra un daño a sí mismo o para los demás). Para el diagnóstico las obsesiones y/o compulsiones

deben causar un elevado malestar clínico e interferencia en el funcionamiento normal del adolescente.

Tratamiento psicológico

Desde Atención primaria se debe orientar para el establecimiento de un vínculo saludable con las figuras de apego, ayudar a diferenciar aquellos miedos evolutivos propios de la infancia y entrenar al paciente en técnicas de relajación. Se recomienda dirigir al paciente el reconocimiento de pensamientos ansiogénicos y de falta de autoconfianza, búsqueda de alternativas útiles y entrenamiento en acciones para resolución de problemas y si es necesario, **técnicas para mejorar el sueño (nivel de evidencia B)**.

Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) como el tratamiento de elección en los trastornos de ansiedad generalizada y en los trastornos de angustia, y deben de incluir una combinación de intervención tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y **desensibilización sistemática (nivel de evidencia A)**.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos de elección son los antidepresivos (Nivel evidencia A), siendo de primera elección los ISRS, ISRNS y los antidepresivos tricíclicos (Nivel evidencia B). El uso de benzodiacepinas no debe ser mayor de 4 semanas y sólo cuando sea crucial el control rápido de los síntomas o mientras se espera la respuesta del tratamiento con antidepresivos, siendo de elección el alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam (nivel de evidencia B). En los pacientes con TA las benzodiacepinas deben de utilizarse a corto plazo o cuando sea crucial por agitación o ansiedad aguda o grave, a dosis más baja

posible, teniendo que ser disminuida gradualmente (**nivel de evidencia B**).

En el TAG se recomienda el tratamiento combinado con TCC y BZD con un nivel evidencia B. En el TA, se recomienda la combinación de la TCC y antidepresivos de forma preferente (**nivel de evidencia A**).

Criterios de derivación a Salud Mental:

- Medidas realizada en atención primaria son insuficientes
- Sospecha de Trastorno obsesivo compulsivo
- Circunstancias familiares desfavorables.

Suicidio

Las tasas de suicidio entre jóvenes de 15-24 años están aumentando, convirtiéndose en una de las tres causas más frecuentes de muerte en esta franja de edad. Todos los suicidios e intentos de suicidio hablan de una crisis emocional, de una perturbación en la forma en que se vive, un desacuerdo social, que inducen al adolescente a infringirse daño a si mismo.

La existencia de un buen funcionamiento familiar es uno de los factores protectores más sólidos. Los adolescentes de familias con alta cohesión y bajo nivel de conflictos son los que presentan menores probabilidades de realizar un intento de suicidio.

En la siguiente tabla se resumen los factores asociados a la conducta suicida en la adolescencia.

	Alto nivel de evidencia	Moderado o bajo nivel de evidencia
Factores Predisponentes	Genéticos y biológicos Conducta suicida en la familia Psicopatología en los padres	Familiar disfuncional TDAH
Factores Desencadenantes	Depresión Abuso de drogas Exposición a casos cercanos Problemas familiares/con iguales Acontecimientos vitales estresantes	Distimia, trastorno de ansiedad/de alimentación Problemas del sueño Exposición al suicidio en los medios
Factores de Vulnerabilidad	Intento previo de suicidio Maltrato y abuso sexual Bullying Factores psicológicos: rigidez cognitiva, desesperanza, neurotismo, locus de control externo	Otros: impulsividad, perfeccionismo.

Diagnóstico: en la **evaluación del riesgo suicida** en el adolescente se debe dirigir la entrevista hacia la búsqueda de los factores de riesgo específicos para este grupo de edad, utilizando para ello la información que pueden transmitirnos las personas de su entorno. En la historia clínica realizada en atención primaria debe de incluirse los siguientes puntos: características del intento, intentos autolíticos previos, factores sociodemográficos, trastornos mentales asociados y antecedentes familiares. No existe evidencia de que la evaluación sobre la presencia de ideación y conducta suicida aumente el riesgo de suicidio o el malestar en adolescentes, por el contrario, además de ayudarnos en el diagnóstico podría mejorar los niveles de ansiedad y ayudar

a que el adolescente se sienta mejor comprendido. Se deberá considerar, principalmente:

- Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias. (nivel de evidencia A)
- Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos. (nivel de evidencia B)
- Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno. (nivel de evidencia C).

Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. También se recomienda en los ítems de conducta suicida del **Inventario de depresión de Beck** y de la **Escala de valoración de la depresión de Hamilton** (Anexo VI) (nivel de evidencia C).

Tratamiento

- Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis. Prescribir envases con el menor número de comprimidos posibles
- Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia. Tener disponibles unos teléfonos de emergencia o ayuda.
- Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a medios lesivos.
- No juzgarle ni reprocharle su manera de pensar o actuar.

Adoptar una disposición de escucha auténtica y promover el desarrollo de factores protectores (cohesión familiar, buena relación con el grupo de iguales, habilidades de resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, actitudes y valores positivos, autoaceptación y apoyo social elevados)

- Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.

En caso de ideación suicida se recomienda derivación urgente al servicio de salud mental (nivel de evidencia D), si:

- Presencia de trastorno mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario (nivel de evidencia D), si:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental (nivel de evidencia D), si:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
- Presencia de enfermedad mental grave.
- Conducta autolítica grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación socio familiar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.

6. Trastornos de la conducta y del comportamiento

Estos trastornos poseen una elevada prevalencia en la población adolescente y se están convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo ya el principal motivo de derivación a los servicios de salud mental.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH es la patología neuropsiquiátrica crónica más prevalente en pediatría. La prevalencia de TDAH en niños es del 4-12 %; de éstos, dos tercios continuaran con sintomatología en la edad adulta (un 15 % mantendrán el diagnóstico completo y un 50 % lo hará en remisión parcial). Se estima que globalmente la prevalencia en adultos está en torno a un 2-3 %. A pesar de todas las evidencias científicas, el abandono del tratamiento y

seguimiento de estos pacientes cuando llegan a la consulta de Medicina de Familia, y la dificultad para detectarlos en la edad adulta es frecuente.

El **diagnóstico** de TDAH es exclusivamente clínico y debe realizarse por un facultativo con entrenamiento y experiencia en su diagnóstico y sus comorbilidades más frecuentes (nivel de evidencia D), no siendo imprescindible la evaluación neuropsicológica (nivel de evidencia C). Para el diagnóstico del TDAH en niños y adolescentes se recomienda emplear los criterios diagnósticos del DSM 5 o de la CIE 10 (Nivel evidencia D) (Anexo 4). La **dificultad de atención, la hiperactividad y la impulsividad** son las tres características principales de los pacientes con TDAH. El diagnóstico de TDAH se basa en una historia clínica detallada buscando evidencias para su diagnóstico, indagando en el paciente y su entorno (nivel de evidencia D). La clínica que presentan varían con la edad; los adolescentes con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad. Para realizar una correcta evaluación del TDAH en el adulto se deben valorar cuatro puntos fundamentales:

- a) Es un trastorno evolutivo desde la infancia; por ello es requisito indispensable para realizar el diagnóstico que el paciente tenga una historia clara de síntomas desde su infancia.
- b) Existencia de relación entre los síntomas de TDAH actuales y un deterioro significativo y consistente en diferentes ámbitos. Estos síntomas se pueden encontrar en la población general, es la intensidad y la frecuencia de dichos síntomas con respecto a la edad de desarrollo del paciente y la repercusión que tiene en su funcionamiento diario lo que nos da el diagnóstico

- c) Evaluar si los síntomas que presenta el paciente no se explican mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico.
- d) Hay que evaluar la existencia de otros trastornos comórbidos con el propio TDAH. La comorbilidades más frecuentes son los trastornos del humor (depresión mayor, ansiedad, trastorno bipolar y distimia) y las drogodependencias.

No existe ningún marcador biológico, por ello no están indicadas las pruebas complementarias de laboratorio, neuroimagen o neurofisiológicas (nivel de evidencia B). Las escalas específicas para el TDAH pueden usarse de forma complementaria y nunca como sustitutos de la entrevista clínica (nivel de evidencia C) dado que ninguna es patognomónica.

Tratamiento: Al no existir un tratamiento curativo del TDAH, nuestro objetivo es disminuir la intensidad y la frecuencia de sus síntomas, mejorando con ello la calidad de vida del paciente. Los mejores resultados se obtienen asociando tratamiento farmacológico y no farmacológico. El tratamiento farmacológico no está indicado en todos los pacientes con TDAH; sólo se le prescribirá a aquellos en los que la patología repercuta negativamente en su día a día.

1. Tratamiento psicológico

La intervención psicológica sobre los pacientes con TDAH debe de comenzar desde el momento que se realiza el diagnóstico. Se recomienda la terapia cognitivo-conductual en estos pacientes (nivel de evidencia D). La psicoeducación (informar sobre el trastorno y valorar su posible influencia en la adaptación a lo largo de la vida del paciente) es el primer paso del tratamiento, y se dirige al paciente y a su entorno familiar. Se recomienda la aplicación de un programa de entrenamiento conductual a los padres de los pacientes con TDAH, con o sin comorbilidad (nivel

de evidencia B). Se recomienda la terapia cognitivo-conductual en estos pacientes (nivel de evidencia D). Además estos pacientes precisan un programa de intervención individualizada en la escuela que incluya aspectos académicos, sociales y conductuales (nivel de evidencia B),

2. Tratamiento farmacológico

Los fármacos recomendados actualmente son el metilfenidato y la atomoxetina (nivel de evidencia A). La elección de un fármaco u otro dependerá del paciente, presencia de comorbilidad, adherencia al tratamiento, preferencias del paciente, características del fármaco (farmacocinética, farmacodinamia, efectos secundarios), potencial de abuso y uso de otros psicoestimulantes (nivel de evidencia D).

Fármacos psicoestimulantes

Metilfenidato (de elección)

- Acción inmediata: Rubifen (5, 10 y 20 mg). Acción durante 4 horas.
- Acción prolongada: Medikinet (10, 20, 30 y 40 mg). Acción durante 8 horas.
- Liberación modificada: Equasym (10, 20 y 30 mg). Consta de un componente de liberación inmediata (30% de la dosis) y un componente de liberación modificada (70% de la dosis). Acción durante 8 horas.
- Acción sostenida: Concerta (18, 27, 36 y 54 mg). Acción durante 12 horas. Se libera una cuarta parte (22%) durante la primera hora y el resto en 10-12 horas.

Inicialmente se recomienda comenzar con dosis bajas, de 0,5 mg/kg/día, subiendo progresivamente cada 2-4 semanas hasta lograr dosis óptima que será aquella que logre una mayor remisión de síntomas sin efectos secundarios. Para obtener una respuesta adecuada es necesario al menos una dosis de 1

mg/kg/día. Se deben monitorizar los efectos secundarios, como la anorexia, pérdida de peso, cefalea, insomnio de conciliación, náuseas, dolor abdominal, mareos e irritabilidad. Tener especial vigilancia en pacientes con tics o epilepsia. Contraindicado en paciente con psicosis, depresión grave, ansiedad, agitación marcada, enfermedad cardiovascular, glaucoma, reacción de hipersensibilidad, previa, hipertensión moderada o grave, hipertiroidismo, arritmia ventricular, y en pacientes en tratamiento con IMAO y el embarazo.

Lisdexanfetamina

Única anfetamina comercializada en España (abril 2014) Dosis: Inicio 30 mg/día. Aumentar 20 mg cada semana hasta dosis mínima eficaz. Máximo: 70 mg/día.

Fármacos no psicoestimulantes

Atomoxetina

Inhibidor de la receptación presináptica de la adrenalina y noradrenalina en los circuitos cerebrales ricos en dichos neurotransmisores, especialmente en la corteza cerebral prefrontal. Es el medicamento de segunda opción en el tratamiento del TDAH.

Se recomiendan revisiones periódicas, controlando crecimiento de estos pacientes (nivel de evidencia D) al inicio y cada 20-30 días, hasta que los síntomas se estabilicen, y posteriormente cada 3-6 meses según el caso. No se recomienda la realización sistemática de exploraciones complementarias, salvo que la anamnesis y exploración clínica lo indiquen (nivel de evidencia D). La combinación de fármacos distintos para el tratamiento del TDAH debe de ser supervisada en atención especializada. El tratamiento farmacológico debería continuarse en el tiempo mientras demuestre efectividad clínica (nivel de evidencia B). Si

tras un mes de tratamiento no obtenemos una respuesta adecuada, debemos suspenderlo o derivar a Atención Especializada

Criterios derivación a Atención Hospitalaria

- Pacientes que tras optimizar las dosis tengan respuesta insuficiente al tratamiento y la sospecha diagnóstica se mantenga
- Pacientes que necesiten tratamiento conductual.
- Si no tenemos seguridad en el manejo del caso.

Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

En la adolescencia se produce una explosión de cambios físicos (crecimiento, características sexuales) que junto con las ambivalencias propias de esta etapa de la vida, los cambios de humor, la búsqueda de un espacio propio, la imperiosa necesidad de estar con otro, de ser admirado y la identificación social de juventud y delgadez con la belleza y el éxito, hace difícil la integración de estos cambios a la imagen corporal. En pocas ocasiones, el adolescente acudirá a la consulta por su problema. Si lo hace es por síntomas o signos consecuencia de su enfermedad, pero sin reconocer la relación de estos con la pérdida de peso o los cambios en sus hábitos alimentarios. También es frecuente que sea su entorno familiar quienes consultan alarmados por síntomas que presenta el paciente.

Los motivos de consulta más frecuentes son:

- pérdida de peso y negativa a alimentarse,
- amenorrea,
- distensión, dolor abdominal, astenia, cefalea,
- cambios de conducta, obsesiones, angustia y depresión

Tenemos que valorar la presencia de todos los criterios diagnósticos de incluidos en los criterios diagnósticos DSM 5 o CIE10 (Anexo I) (nivel de evidencia D). Existen diversas escalas que nos ayudan al diagnóstico como el cuestionario EAT-26 y el cuestionario SCOFF (Anexo II y III)

Exploración física:

- Índice de masa corporal (IMC): IMC <18 en un adolescente obliga a descartar la existencia de un cuadro de anorexia nerviosa. En la bulimia nerviosa el IMC puede ser normal o incluso puede haber sobrepeso.
- Exploración bucodental: valorar caries y aftas
- Cardiovascular
- Piel, faneras: lanugo, ejercicio físico excesivo...
- Desnutrición y sus trastornos endocrinos y médicos asociados.

Exploraciones complementarias: el resultado normal de las siguientes exploraciones no excluye el diagnóstico.

- Analítica: Hemograma, VSG, bioquímica básica, proteínas totales, albúmina, hierro, transferrina, ferritina, TSH, hormonas tiroideas, prolactina, FSH, LH e iones. Si amenorrea hay que ampliar estudio hormonal (Tabla 1)
- EKG: Normal en la mayoría de las pacientes, pero podemos encontrar bradicardia sinusal, y/o menor amplitud del QRS. En estadios avanzados observaremos las alteraciones propias de la hipokaliemia, arritmia ventricular y prolongación del QT.
- Valorar densitometría si amenorrea de más de 12 meses.

Se deben explorar otros síntomas psicológicos dada la frecuente comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (depresión,

ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, aislamiento social, abuso de drogas, problemas sociales...)

Ante la sospecha diagnóstica fundada de TCA se debe informar al paciente sobre su diagnóstico y medidas a tomar (Nivel evidencia D). Transmitir que la situación es grave e insistir en la necesidad de tratamiento y derivación a Equipo de Salud Mental de referencia (nivel de evidencia D). El profesional de Atención Primaria debe responsabilizarse de la evaluación e intervención inicial de estos pacientes. Cuando la atención se comparta con especializada, debe existir una colaboración estrecha entre los profesionales, paciente y familia (nivel evidencia D).

Criterios de derivación urgente a Salud Mental:

- Desnutrición grave (IMC<16)
- Graves desequilibrios electrolíticos
- Complicaciones orgánicas importantes
- Vómitos repetidos o intratables
- Comorbilidad psiquiátrica con ideas autolíticas o síntomas psicóticos
- Necesidad de aislamiento familiar.
- Fallo del tratamiento ambulatorio.

La **vigorexia** (o dismorfia muscular) es una patología no incluida dentro de los trastornos alimentarios, pero con muchos puntos en común y de prevalencia ascendente. Se caracteriza por la preocupación obsesiva por el físico y la distorsión del esquema corporal. Estos pacientes se ven delgados y débiles, de ahí que realicen todo tipo de actividades, cambio alimentarios e incluso tomen diversos fármacos para lograr la musculatura deseada. Están en riesgo los hombres de 15 a 30 años que presentan insatisfacción y subestimación corporal, tendencia a autovalorarse en términos de peso y de figura corporal, rasgos

perfeccionistas y obsesivo-compulsivos y una ideología de género tradicional masculina.

Trastorno de la conducta

Se trata de un modelo persistente de comportamiento antisocial con el que se produce trasgresión de las normas sociales y actos agresivos que molestan a otras personas. Este trastorno posee una elevada prevalencia en la población adolescente, y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, siendo ya el principal motivo de derivación a los servicios de salud mental. Dentro de este grupo incluimos el Trastorno negativista-desafiante y el Trastorno disocial.

El diagnóstico es clínico, y encontramos los siguientes síntomas:

- Hostilidad, desobediencia y enfrentamiento a las figuras de autoridad, de forma mantenida en el tiempo y más allá de las consideradas propias de las etapas evolutivas.
- Indiferencia ante los sentimientos de los demás y ante las consecuencias de sus actos; falta de sentimientos de culpa y de arrepentimiento; crueldad con los animales
- Accesos de cólera o pataletas impropios de la edad y las circunstancias del paciente. Agresividad oral y/o física. Conductas destructivas. Indiferencia ante el daño que provoca.
- Conductas delictivas y abuso de sustancias.
- Mentiras y absentismo escolar. Fugas del hogar.
- Conductas sexuales de riesgo. Incursiones sexuales muy precoces y no es infrecuente que se produzcan agresiones sexuales.

Tratamiento psicoterapeuta

- Tratamiento psicoterapéutico. Intenta mejorar aspectos cognitivos y conductuales: autoestima, manejo de las emociones, mejorar habilidades sociales, capacidad de prever las consecuencias de los actos.
- Reforzar habilidades educativas parenterales: establecer límites claros y firmes, negociación antes que el castigo, descalificar las acciones, no al paciente,...
- Prevención de riesgos: educación sexual, educación sobre drogas.
- Puede ser necesarias intervenciones de tipo social

El tratamiento farmacológico puede ser una ayuda para el abordaje educacional o psicoterapéutico. En ocasiones pueden ser útiles fármacos anticonvulsivantes, para disminuir la impulsividad, y algunos fármacos antipsicóticos

Criterios derivación a salud mental:

- Gravedad de la clínica y fracaso de las medidas realizadas desde atención primaria.
- Afectación intensa de la convivencia familiar y/o escolar.
- Situación de riesgo para el paciente o su entorno (familia, profesores, compañeros).

7. Otros trastornos

Trastorno psicossomático

Los trastornos psicossomáticos, son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son lo suficientemente serios, como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social. Los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, la gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente. Los trastornos por somatización pueden alcanzar una incidencia de casi un 4% de las consultas en atención primaria. Destacan los síntomas neurológicos (cefaleas, mareos, tics), dermatológicos (prurito), alérgicos (asma), digestivos (anorexia, hiperfagia, abdominalgias) y del sueño (insomnio de conciliación).

En el nivel primario de salud es una situación habitual, y estos pacientes son considerados como “hiperfrecuentadores” o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando importantes cantidades de tiempo y recursos económicos significativos. Dentro de los trastornos psicossomáticos se incluyen:

- Reacciones psicológicas derivadas de enfermedades orgánicas
- Manifestaciones somáticas por conversión. Quejas somáticas sin causa médica detectada (ej. cefalea, tos psicógena, dolor abdominal recurrente...)
- Empeoramiento de la enfermedad somática por causa de una disfunción psicológica (e.: crisis de asma desencadenada por el estrés)

El tratamiento comienza con un correcto diagnóstico, para ello es necesario una valoración clínica minuciosa: historia clínica, exploración física, pruebas complementarias indicadas y añadir exploración psicopatológica y valoración de su familia. Es necesario una entrevista familiar y con el paciente a solas. Hay que orientar al adolescente y su familia en la comprensión de sus síntomas para llevar a dejar de buscar causas médicas y permita adentrarse en el terreno psicosocial. El médico de atención primaria constituye un pilar fundamental en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos, primando siempre la normalización de la vida del adolescente evitando la derivación a múltiples especialistas e ingresos hospitalarios. Debemos mostrarnos empáticos con el paciente y su familia, evitando la culpabilización y vinculando el síntoma con acontecimientos en la vida del paciente.

Criterios de derivación a salud mental:

- Los síntomas evolutivos que persisten en el tiempo o se presentan con una intensidad inapropiada.
- Los trastornos psicopatológicos como son: trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de espectro autista, trastorno de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria.
- Los trastornos de la conducta y de hábitos que no mejoran tras la intervención psicopedagógica desde atención primaria y/o equipos de orientación escolar (EOE)
- Los trastornos que aun sin alcanzar las situaciones anteriores aparecen en un contexto sociofamiliar desfavorable, especialmente si hay patología psiquiátrica parenteral.

Durante todo el proceso diagnóstico y terapéutico se debe mantener una colaboración estrecha y bidireccional entre el

equipo de salud mental y atención primaria, buscando la atención integral tanto del paciente como su familia.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, cuya detección y tratamiento precoces son decisivos. Los trastornos psicóticos en adolescentes se hallan entre las enfermedades de mayor gravedad, por el grave deterioro cognitivo que producen y por el estigma que padecen ellos y sus familias. Los síntomas de esquizofrenia se dividen en positivos (alucinaciones, delirios, desorganización conductual,...) y negativos (aplanamiento afectivo, apatía, anhedonia,...). El diagnóstico de esquizofrenia en adolescentes se realiza a través de los mismos criterios que en adultos.

Existen una serie de **cuadros prodrómicos de la esquizofrenia** (síntomas y signos precoces que sobresalen del estado habitual del paciente y preceden a la instauración aguda y completa de la enfermedad). Estas manifestaciones aparecen gradualmente e incluyen cambios en la conducta externa: disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, suspicacia, deterioro del funcionamiento e irritabilidad. Todos estos cuadros prodrómicos son inespecíficos y variables, pero pueden facilitar la detección y tratamiento precoz logrando una menor disrupción de la vida familiar, social, educativa y laboral del adolescente. En tratamiento de estos pacientes es en el servicio de salud mental, por lo que ante la sospecha de esquizofrenia se debe derivar.

Trastorno límite de la personalidad

Son adolescente con alta inestabilidad en las relaciones interpersonales, afectividad y autoimagen. Muy impulsivos Son síntomas característicos:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
- Relaciones interpersonales inestables e intensas, extremos de idealización y devaluación
- Dificultad para controlar la ira. Inestabilidad afectiva.
- Impulsividad: sexo, drogas, gastos,...
- Alteración de la identidad (autoimagen acusada y persistentemente inestable
- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ideas autolíticas. Amenazas suicidas recurrentes.

Disforia de género

Disforia de género o Trastorno de identidad de género (transexualidad) es un deseo fuerte y persistente identificación con el sexo opuesto. La disforia de género está incluida en el capítulo de salud mental dado que la identificación psicológica con el género opuesto puede producir en el adolescente un sufrimiento significativo y una gran desventaja en la adaptación social.

La labor del profesional sanitario es complicada al tener que ofrecer un diagnóstico seguro que se debe explorar la concepción de género del adolescente. El abordaje del adolescente transexual debe ser multidisciplinar, no limitándose al tratamiento médico (hormonal y cirugía de reasignación de sexo) sino que es fundamental la intervención psicológica. Esta

intervención psicológica debe ser individualizada, y su objetivo es apoyar en dificultades cognitivas o emocionales, desarrollar estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento médico. Se debe proporcionar asesoría familiar y psicoterapia de apoyo para ayudar al adolescente en la exploración de su identidad de género, aliviando la angustia relacionada con su disforia de género y disminuyendo cualquier otra dificultad psicosocial.

El médico de Atención Primaria que recibe un paciente susceptible de padecer disforia de género, iniciaría un proceso de derivación a servicio multidisciplinario especializada en identidad de género. Este equipo elabora la historia clínica del paciente, recabando datos específicos respecto a la identidad de género del paciente. Posteriormente se profundiza en la evaluación de la estructura de personalidad del adolescente y sobre la presencia o no de síntomas ansioso-depresivos. Finalmente se evalúa su calidad de vida y aspectos relativos a su bienestar psicológico. Con toda la información se convoca sesión clínica donde están presentes todos los profesionales que componen la unidad, emitiendo juicio clínico acerca del diagnóstico de identidad de género del paciente.

Tras este diagnóstico se pasa a la siguiente fase que es el tratamiento hormonal que requiere un seguimiento del paciente durante toda su vida. Durante esta fase, el adolescente comienza a adecuar su imagen al sexo sentido (ropa, maquillaje, lenguaje,...). La intervención psicológica consiste en acompañamiento terapéutico, entrenamiento de habilidades, autocontrol emocional, modificación de conductas problema... Pasar a la fase quirúrgica exige 2 años de tratamiento hormonal y también haber superado satisfactoriamente la experiencia de vida real.

Capítulo 10

ADOLESCENTES E INTERNET

María Inmaculada Mesa Gallardo

PUNTOS CLAVE

Los adolescentes realizan un uso intensivo, extensivo, creativo e innovador de las nuevas tecnologías.

Las nuevas tecnologías nos traen la posibilidad de comunicarnos en cualquier lugar y momento facilitando la sociabilidad.

El uso de las nuevas tecnologías está lleno de ventajas para los adolescentes y la sociedad en general pero existen también riesgos como los relacionados con la suplantación de identidad, los problemas con la reputación online, el sexting, bullying, el grooming, los trastornos de la conducta alimentaria y las adicciones a juegos.

La promoción de la salud, potenciando actividades de ocio saludable, fomentando la mediación activa de los padres, la escucha empática y el diálogo sobre lo que les sucede en internet así como promoviendo la educación en positivo que permita desarrollar una adecuada autoestima y habilidades sociales puede proteger de las adicciones.

1. Introducción

La adolescencia es una etapa clave de la vida para la adquisición de estilos de vida saludables. Mientras que los adolescentes de antes aprendían imitando a sus mayores, hoy aprenden de los modelos que observan en la televisión o el ordenador. Los adolescentes de hoy en día, emplean el ordenador durante muchas horas al día. Internet es un medio de comunicación y aprendizaje, pero también es algo más. Los jóvenes de hoy en día utilizan también esta nueva tecnología como vehículo de expresión de sus sentimientos. Hoy el lenguaje escrito (que utilizan ellos con el ordenador) supera en mucho al lenguaje oral, dado que a ellos les resulta más fácil contar sus problemas a una máquina, con la que no hay una interacción personal, donde pueden ser quienes quieran y donde la comunicación no verbal no queda registrada. Además, utilizan estos medios para hablar con sus amigos, para mandarse fotos, videos y para quedar.

También los videojuegos han evolucionado mucho en los últimos años. Poder jugar online con otras personas aporta componentes interesantísimos no sólo desde el punto de vista lúdico sino, sobre todo, desde el punto de vista del desarrollo personal y la socialización. Pero ello no obvia el conocimiento de los riesgos para la salud, la valoración de los códigos PEGI y las opciones de seguridad que pueden emplearse para proteger al menor.

El mal uso de internet se ha relacionado en la adolescencia con diferentes problemas de salud mental y la presencia de hábitos tóxicos, lo que debe hacer que los profesionales sanitarios asuman un papel activo a la hora de detectar y corregir estos problemas. La utilización de estos medios de forma inadecuada tiene peligros que deben ser conocidos para estar prevenidos y

saber cómo solucionarlos, asesorando tanto a los adolescentes como a sus propias familias para conseguir un uso responsable.

Las tecnologías no son buenas ni malas, son susceptibles de ser utilizadas mejor o peor. Los adolescentes sienten un fuerte deseo de comunicación, búsqueda de amistad y pertenencia a un grupo, y las TIC tienen vital importancia en sus vidas. Para ellos las nuevas tecnologías son una necesidad y no una opción. Como profesionales de la salud, debemos conocer y saber usar estos recursos para ser capaces de detectar los peligros y riesgos del mal uso y establecer estrategias de promoción de la salud y buenos hábitos de uso de internet para los adolescentes y sus familias.

2. Uso de internet y de las redes sociales por los adolescentes

En Andalucía, el tiempo estimado de utilización del ordenador por los adolescentes entre semana oscila entre 1 y 3 horas. Dos de cada diez menores dicen utilizarlo más de 3 horas al día. Pero es durante el fin de semana cuando se incrementa su uso: 3 de cada 10 lo utiliza más de tres horas al día. Tanto en Andalucía como en el resto de España es coincidente la preferencia de uso del ordenador principalmente para trabajos escolares o tareas relacionadas con el ocio, música, juegos, etc. por parte de los chicos y chicas. El lugar de uso más habitual, tanto en España como en Europa, es el hogar.

Las **redes sociales** son comunidades virtuales en las que la gente se relaciona a través de plataformas de internet que les permiten compartir información e intereses comunes. Permiten crear lista de amigos que se pueden exhibir y que pueden ser de diversos tipos de contactos, amigos, familia, amigos de amigos o

desconocidos. Favorecen la comunicación, la cooperación y también facilitan la creación de grupos de personas con intereses afines. En la actualidad las relaciones sociales han cambiado. Los adolescentes no conciben ya las relaciones sociales sin utilizar internet y sus redes. La popularidad es importante para los adolescentes y las redes sociales les facilitan ser populares entre sus grupos de amigos. El problema es que los adolescentes no son conscientes de los riesgos que entran las redes sociales. Consideran amigos no solo a sus amigos sino también a los conocidos a través de las redes sociales que han incluido en sus listas de amigos.

Los adolescentes, por su propia tendencia a considerarse invulnerables no son conscientes de los riesgos de las redes sociales y en ocasiones no son prudentes a la hora de colgar información en su perfil ni a la hora de limitar con que tipo de usuario de la red comparte la información. Tienden a considerar que solo sus amigos o las personas interesadas en él, accederán a su perfil, sin darse cuenta de que cualquier internauta puede ver esa información si no se ha limitado el acceso en la configuración de perfil del adolescente.

Es importante que los adolescentes conozcan la diferencia entre **identidad personal** e **identidad digital**. Deben conocer como todo lo que se comparte en internet formará parte de su identidad digital, que no es lineal sino acumulativa, y todos estos datos van a influir en la reputación de la persona. Es evidente la existencia de una responsabilidad social que debe obligar a padres y comunidad educativa a proporcionar a niños y jóvenes tanto valores como pautas de actuación que contribuyan a un desarrollo armónico de la personalidad y a la construcción de una reputación online positiva y satisfactoria.

Clasificación de las redes sociales

Redes sociales horizontales y verticales

- Redes sociales horizontales: ideales para estar en contacto con familiares, amigos y relaciones a nivel personal. Facebook, Twitter, Tuenti, Google+, Orkut, My Space, Habbo, etc.
- Redes sociales verticales: Están concebidas sobre la base de un eje temático central. Su objetivo es el de congregarse en torno a una temática definida a un colectivo concreto. Pueden ser profesionales, de ocio, mixtas, etc.

Redes sociales directas o indirectas

Hace referencia a aquellas en las que existe una colaboración entre grupos de personas que comparten intereses en común y que, interactúan entre sí en igualdad de condiciones y pueden controlar la información que comparten. Los usuarios crean perfiles y limitan la información que comparten y de esta forma definen su relación con otros usuarios.

Dirigidas o no dirigidas

En función del tipo de relaciones sociales. En las redes sociales dirigidas existe bidireccionalidad entre los dos usuarios. En las redes no dirigidas no existe bidireccionalidad propiamente dicha, un ejemplo es twitter, donde el seguidor puede no ser seguido por el usuario y por lo tanto no existir bidireccionalidad. Otro ejemplo son los foros o blogs.

En el estudio **Redes sociales y privacidad del menor** para la Fundación Solventia (2011) se encuestaron a 2596 alumnos de 14 a 16 años de educación secundaria de 3.800 centros educativos de todo el territorio nacional. El 96% tenía un perfil en alguna red social. El 79% reconoce que para darse de alta no les pidieron

ningún tipo de documento de identidad, lo que facilita que se pueda mentir en la edad al darse de alta en muchas redes sociales. El 94.8% reconoce que darse de alta en una red social es muy fácil. Para unirse a una red social al interesado se le pide que rellene un formulario que contienen una serie de preguntas que permitirán completar el perfil, preguntas que suelen incluir descripciones tales como edad, ubicación, intereses, y una sección "acerca de mí". La mayoría de los sitios también animan a los usuarios a subir una foto al perfil. Algunos sitios permiten a los usuarios mejorar sus perfiles añadiendo contenidos multimedia o modificando el aspecto de su perfil. **Facebook**, permite a los usuarios añadir aplicaciones al perfil.

La visibilidad de un perfil varía dependiendo del sitio y de acuerdo a la discreción del usuario. De forma predeterminada, el perfil de **Tuenti**, cuando se da de alta un usuario menor de edad se configura con la máxima seguridad. En Facebook también sucede esto. En algunas redes sociales como Facebook los usuarios pueden ver los perfiles de los demás, a menos que un propietario del perfil haya decidido denegar el acceso a su perfil. La filosofía de Tuenti radica en preservar la privacidad del usuario, sus datos no están indexados en Google, solo siendo usuario de esa red puedes tener acceso a los datos de un usuario de Tuenti.

Las redes sociales tienen características que las diferencian como son los perfiles, amigos, comentarios y mensajes privados. Algunos permiten compartir fotos o intercambiar vídeos, mientras que otros se han incorporado en los blogs y la tecnología de mensajería instantánea. Hay redes sociales específicas para móviles (por ejemplo, Dodgeball), y otras tienen aplicaciones para móviles (por ejemplo, Facebook, **MySpace**, Tuenti y **Twitter**).

Los usuarios pueden etiquetar a otros usuarios. La etiqueta varía de unas redes a otras. En unas se llaman amigos, en otras, contactos, en otras, seguidores. La mayoría de las redes requieren confirmación de amistad. Un ejemplo de red que no necesita bidireccionalidad es Twitter. Tuenti se ha actualizado y ahora diferencia amigo de contacto. La diferencia estriba en que con el contacto solo puedes chatear y con el amigo puedes compartir todo y además hablar y chatear. Este concepto de diferenciar amigo de contacto es parecido a lo que hace Google Plus, que nos permite agregar a los amigos en distintos círculos y variar las condiciones de privacidad de cada círculo, dependiendo del círculo en el que le incluya podrá tener acceso a más o menos información.

El informe “**Social Media around the World**” elaborado entre diciembre de 2009 y enero 2010 en siete regiones del mundo, donde se incluyeron 14 países (Bélgica, Holanda, Inglaterra, España, Italia, Portugal, Francia, Alemania, Rumania, Estados Unidos, Brasil, Australia, Rusia y China), desvela que el 72% de los usuarios de Internet pertenece al menos a una red social, lo que se traduce en que hay 940 millones de usuarios en todo el mundo. La red social más usada en el mundo es Facebook. Es conocida por el 51% de los usuarios de internet y en España, según este estudio, el uso de esta red social está seis puntos por encima de la media mundial. El porcentaje de usuarios activos en alguna red social en España es del 77% (7). La media de redes sociales usadas entre los 16 y los 18 años es de 2.35, similar a la media de redes utilizadas por los usuarios de hasta 35 años.

Según el Informe de resultados **Observatorio de Redes Sociales** de Cocktail Analysis, en su 3ª oleada, las dos redes sociales preferidas por los usuarios son Facebook y Tuenti. Se trata de redes sociales directas de perfil personal, seguidas por

Messenger y **Twitter**. Particularmente entre los 16 y los 25 años según este estudio las redes más utilizadas en España son **Tuenti** y **Youtube**, en comparación con otros grupos de edad. En el estudio **Pew Internet & American Life Project** en España el 91% de los adolescentes prefiere Tuenti a cualquier otra red social, pero esto solo sucede en nuestro país, en el resto la red preferida es Facebook. Este dato coincide con el de la **encuesta Insites**.

En el **Informe Generación 2.0** del año 2011 (Hábitos de usos de las redes sociales en los adolescentes de España y América Latina), se analizan los usos que hacen los adolescentes de las redes sociales de las distintas comunidades autónomas de nuestro país y se comparan con adolescentes de otros de habla castellana (Argentina, México, Ecuador, Venezuela y Colombia). Pretendían estudiar los efectos globales que son independientes del país de procedencia y también los locales o características diferenciadoras de cada país. Según dicho estudio, el 79,4% de los adolescentes Españoles estudiados, con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años conocen y usan las redes sociales. La media es del 80 % en todos los países estudiados. En estudio realizado a adolescentes norteamericanos, el porcentaje es del 97%.

Algunos puntos clave

- La forma más frecuente por la que llegaron a conocer las redes las redes sociales fue a través de amigos.
- El principal motivo por el que las usan es para mantener contacto con amigos y compañeros de clase a los que ven habitualmente o para saber de otras personas a las que no ven usualmente.

- Los adolescentes consideran que redes sociales como Tuenti y Facebook hacen que mejoren sus relaciones con los demás.
- La mayoría de los adolescentes dice tener conectadas las redes sociales mientras utiliza internet.
- En cuanto a las actividades que realizan cuando están conectados, giran entorno a aplicaciones para colgar y comentar fotos suyas y de los demás.
- El 90% de los adolescentes Españoles encuestados tiene claro que no prefiere pasar más tiempo online que con los amigos de la vida real (1).

3. Seguridad en internet y redes sociales

Es muy importante valorar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre la necesidad de utilizar medidas de seguridad para navegar por internet y los usos que hacen de de las herramientas de seguridad. En el estudio *Redes sociales y privacidad del menor*, un 12% no utiliza las opciones de privacidad en las redes sociales. La gran mayoría de los encuestados (75%) cree que la red social le ha informado con claridad de su política de privacidad, el 97% es consciente de que la información que cuelga puede ser vista por otras personas y el 98% cree que es plenamente consciente del nivel de protección de la información que incorpora a las redes sociales.

En las redes sociales más habituales (Facebook, Tuenti) no está permitida la participación de menores de 16 años. El 79.9% de los adolescentes reconoce tener entre sus contactos personas con menos de 14 años. Esta relación con menores no era habitual hasta ahora, pero quizás sucede por ser una forma de sentirse mayores.

El 68.7% cree que no se puede hacer lo que se quiera en la red y el 78% es conocedor de que la red social puede tomar medidas punitivas contra quien tenga comportamientos inadecuados. El 29,7% ha contactado alguna vez con la red social para quitar alguna imagen o información que no desease que estuviese publicada en la red. Este porcentaje es elevado. Los adolescentes son conscientes de que existen unas normas de comportamiento que deben respetarse en las redes sociales. El 79,1% no ha tenido a sensación de que su privacidad se haya visto amenazada en las redes sociales. El 45% de los encuestados, sin embargo, dice conocer a alguien que haya tenido una experiencia contraria en cuanto a su privacidad en la red.

En el *Informe Generación 2.0* el 54 % de los adolescentes españoles tiene percepción de peligro al usar redes sociales, inferior a otros países de América latina. El 7% reconoce tener a desconocidos incluidos en su grupo de amigos y el mismo porcentaje dice haberse citado con desconocidos.

En el *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres*, al preguntarles a los adolescentes sobre cómo reaccionarían ante una situación de riesgo, solo el 1% manifiesta claramente que pediría ayuda a sus padres. El 85% no es capaz de dar una respuesta. Sin embargo al preguntar a los padres, la mayoría cree que sus hijos lo primero que harían sería decírselo a ellos. **Los padres creen que sus hijos les consultarían a ellos inmediatamente, pero esta percepción como podemos ver no es real**, la mayoría no sabría que hacer. En caso de que su hijo tuviese un incidente de seguridad, los padres manifiestan en su mayoría que tomarían medidas de tipo físico, como instalar un antivirus, llamar a un técnico, y en menor medida se centrarían en formular recomendaciones, aspectos educativos y de comportamiento en internet. Existe una cultura

de la seguridad que atiende más a los elementos instalados que a los comportamientos responsables y la educación. 9 de cada 10 ordenadores usados por los menores tienen instalada alguna medida de seguridad para protegerlos de virus y malware.

Respecto a los hábitos o pautas de comportamiento, los padres se preocupan de velar por la seguridad en la navegación de sus hijos. Los encuestados reconocen tener **normas para utilizar Internet, el teléfono móvil y los videojuegos**. Se trata, sobre todo, de medidas que afectan a cuestiones más o menos objetivas y controlables por los padres: lugar o tiempo de conexión, limitación de horarios, gasto efectivo (en el caso del teléfono móvil), etc.

Existen muchos tipos de **software de protección**, pero de manera general podemos clasificarlos en tres grupos:

Antivirus: Software que sirve para evitar las infecciones por virus y otros tipos de malware o programas maliciosos como gusanos, troyanos, etc.

Antiespías: Estos programas evitan la ejecución de programas espía (también conocido como spyware) y que puedan robarles información sensible a los menores.

Cortafuegos: Son programas que controlan la comunicación entrante y saliente de y hacia Internet, de esta manera se evita que pueda salir información sin que el usuario del ordenador se entere, o que otro ordenador establezca conexión con el nuestro sin consentimiento.

A su vez, existen distintos tipos de riesgos en internet:

Troyanos: Los troyanos están diseñados para permitir a un individuo el acceso remoto a un sistema. Una vez

ejecutado el troyano, el individuo puede acceder al sistema de forma remota y realizar diferentes acciones sin necesitar permiso. Una de sus principales características es que no son visibles para el usuario. Un troyano puede estar ejecutándose en un ordenador durante meses sin que el usuario perciba nada.

Virus: Los virus informáticos, también considerados como *malware* (*malicious software* o *badware*), tienen por objeto alterar el normal funcionamiento del ordenador, sin el permiso o el conocimiento del usuario. Habitualmente reemplazan archivos ejecutables por otros infectados con el código de este. Así pueden destruir, de manera intencionada, los datos almacenados en un ordenador, aunque también existen otros más inofensivos, que solo se caracterizan por ser molestos. Los virus tienen, básicamente, la función de propagarse a través de un software, no se replican a sí mismos porque no tienen esa facultad como el gusano informático, son muy nocivos y algunos contienen además una carga dañina (*payload*) con distintos objetivos, desde una simple broma hasta realizar daños importantes en los sistemas, o bloquear las redes informáticas generando tráfico inútil.

Keylogger: Es un tipo de *software* o un dispositivo hardware específico que se encarga de registrar las pulsaciones que se realizan en el teclado, para posteriormente memorizarlas en un fichero o enviarlas a través de internet. El registro de lo que se teclea puede hacerse tanto con medios de hardware como de software. Puede ser distribuido a través de un troyano o como parte de un virus informático o gusano informático.

Pharming: Los Pharmings son una nueva modalidad de fraude, que consiste en la explotación de una vulnerabilidad en el

software de los servidores DNS (*Domain Name System*) o en el de los equipos de los propios usuarios, que permite a un atacante redirigir un nombre de dominio (*domain name*) a otra máquina distinta. De esta forma, un usuario que introduzca un determinado nombre de dominio que haya sido redirigido, accederá en su explorador de internet a la página web que el atacante haya especificado para ese nombre de dominio.

Sidejacking: La técnica considerada *Sidejacking* copia la información contenida en las cookies de una máquina conectada a una misma red (generalmente sucede en las públicas) para poder acceder a cuentas de la víctima como si fueran ellos mismos.

Gusanos: Un gusano (*worm*) es un *malware* que tiene la propiedad de duplicarse a sí mismo. Utilizan las partes automáticas de un sistema operativo que generalmente son invisibles al usuario. A diferencia de un virus, un gusano no precisa alterar los archivos de programas, sino que reside en la memoria y se duplica a sí mismo. Los gusanos casi siempre causan problemas en la red (aunque sea simplemente consumiendo ancho de banda), mientras que los virus siempre infectan o corrompen los archivos del ordenador que atacan. Son capaces de trasladarse a través de redes de ordenadores con el fin de realizar una actividad concreta incorporada en su código. Aunque su finalidad no tiene en principio que generar daños en el PC, estos programas pueden instalar un virus, instalar un programa que actúe en segundo plano sin conocimiento del usuario.

Rootkits: se trata de un malware que escondiendo programas que se apropian de los recursos del ordenador o que roban contraseñas sin el conocimiento del administrador o usuario del ordenador.

Phishing: Se realiza mediante el uso de una ingeniería social caracterizada por intentar adquirir información confidencial de forma fraudulenta. Los usuarios reciben un correo en el que les solicitan información confidencial.

Trabjacking: Opera sobre las pestañas del navegador. Espera a que pase un tiempo de inactividad sobre alguna que quede abierta y la cambia, junto con el icono, por otra página falsa de apariencia de Facebook, Twitter, Gmail, etc. El objetivo es robar información confidencial, el usuario no se da cuenta de que está navegando por una página fraudulenta.

Botnet: convierte a los ordenadores en zombies para así poder propagar virus y spam.

Cómo prevenir este tipo de ataques

- *Utilizar cortafuegos y antivirus actualizados.*
- *No responder nunca cuando a través de email o chat nos soliciten datos personales o financieros.*
- *No acceder a contenidos comerciales, financieros utilizando los enlaces que podamos recibir por el correo electrónico. Si conocemos la dirección es mejor escribirla directamente en el navegador.*
- *Mantener las aplicaciones del ordenador siempre actualizadas con los parches de seguridad instalados.*
- *No instalar software que no procedan de fuentes fiables.*
- *No abrir correos electrónicos de desconocidos. Pueden contener enlaces o archivos adjuntos nocivos para el ordenador.*

Existen otras **herramientas** para mejorar la seguridad en la navegación. En internet, en nuestro país existen numerosas páginas con recursos para ello.

The Parental Control Bar (WRAAC.org)

www.parentalcontrolbar.org

Es una barra de herramientas que se instala en el navegador y bloquea el acceso a páginas web de contenido para adultos. Lo que hace esta herramienta es pasar por una serie de filtros cada página que el menor quiere consultar. Los padres son los que tienen la última palabra y ellos mismos pueden decidir si sus hijos pueden tener acceso a una página o no.

Site Advisor (McAfee)

www.siteadvisor.com

Mejora la seguridad en las búsquedas en Internet ofreciendo información sobre las páginas por las que se navega, avisando de sitios que pueden ser peligrosos por sus contenidos. La ventaja de esta herramienta es que previene de los peligros antes de que ocurran, no es específica para menores pero se puede personalizar.

Windows Live Protección Infantil

www.protegeatushijos.com

Permite limitar las búsquedas, bloquear o permitir sitios web, decidir con quién pueden comunicarse sus hijos cuando utilizan Windows Live Messenger, Hotmail o Spaces y supervisar los sitios web que visitan.

Qustodio

<http://www.qustodio.com/download.php>

Permite crear filtros de contenido y límites de tiempo. Permite saber todo lo que se hace en Messenger o en redes sociales como Facebook.

Blocksi

<http://www.blocksi.net/>

Filtro de contenido que se puede descargar de Google Play Store. Además de contenido web, permite filtrar contenido en Youtube a través de categorías, canales y contenidos. Es gratuito.

Escudoweb

<http://www.escudoweb.com/>

Permite controlar contenidos, horarios y eventos. Se puede probar gratis durante un mes.

Norton Online Family

Permite bloquear y supervisar los sitios web que utilizan los chicos. Permite administrar el tiempo de uso de los distintos días de la semana, determinar el tiempo de uso y hacer franjas horarias. Envía correos electrónicos informando sobre la actividad del menor, si trata de entrar en una página no permitida envía un correo que permite a los padres conocer el uso que hace su hijo y si considera que la página no es peligrosa, a través de cualquier ordenador puede desbloquearla o bloquearla. Cuando completa el tiempo permite al chico enviar mensaje de correo a sus padres para que le amplíen el tiempo. Pueden incluir comentarios. También tiene aplicación para

controlar el uso de smartphones. Vigila la actividad en las redes sociales. Tiene una nueva aplicación, Android Smartphone Monitoring que permite supervisar como usan el teléfono los niños o adolescentes.

Filtros de Contenido de la Junta de Andalucía

<http://www.juntadeandalucia.es/filtrodecontenidos/index.html>

Iniciativa de la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa. Herramienta totalmente gratuita para los residentes en Andalucía. Permite dos descargas al año por persona. Existen diversas versiones: Filtro para la ciudadanía, Filtro para Centros de Acceso Público a Internet y Filtro para Cibersalas. Fue creado tras el Decreto de Protección del Menor en el Uso de Internet y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). Permite controlar los contenidos y establecer franjas horarias y limitar el tiempo de uso. Es de fácil utilización.

Gnome Nanny

<http://projects.gnome.org/nanny>

Filtro que permite controlar el tiempo que se navega en internet, chatea o envío de correos electrónicos. También permite crear franjas horarias de uso de internet. Está en inglés.

Algunas **páginas de interés** con más información:

Chaval.es

Es una iniciativa de la Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la Información, que pretende fomentar el uso de las TIC de forma segura, ofreciendo contenidos de calidad a los niños, profesores y padres. Se

pueden encontrar contenidos lúdicos, juegos online, programas, series infantiles de televisión, música, libros, etc.

Menores OSI

<http://menores.osi.es/>

Iniciativa puesta en marcha por la «Oficina de Seguridad del Internauta» con el firme objetivo de fomentar la cultura de la seguridad en Internet entre los más pequeños. Dispone de información clasificada por grupos de edad, para padres y para educadores.

INTECO

<http://cert.inteco.es/Proteccion/>

Página del Instituto nacional de Tecnología de la Comunicación. Proporciona información sobre protección activa.

Protégeles

<http://cert.inteco.es/Proteccion/http://www.protegeles.es/index.asp>

Protégeles es una organización estatal cuyo objetivo no es sólo la sensibilización social y la denuncia, sino también el desarrollo de Campañas y la elaboración de materiales didácticos específicos para menores. Página con mucha información para adolescentes y para padres sobre los peligros de internet. Enlaces con otras páginas de interés como el portal del menor. Dispone de materiales educativos para jóvenes, padres y educadores. Realiza campañas de sensibilización sobre trastornos de la conducta alimentaria, videojuegos, sexting, grooming entre otras cosas.

Kiddia

<http://www.kiddia.org/>

Página creada por la Junta de Andalucía en la que se puede encontrar información sobre internet para jóvenes y padres.

Guía práctica sobre cómo activar y configurar el control parental de los sistemas operativos

http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/manuales_es/guiaManual_activacion_contol_parent

Navega protegido en Internet

<http://www.navegaprotegido.org/>

Segu Kids. Juntos en la red

<http://www.segu-kids.org/>

Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO

<http://www.kiddia.org/>

Como parte de un proyecto conjunto con la Universidad Politécnica de Madrid (UPM), ha publicado una serie de guías con el objetivo de ayudar a la configurar la privacidad y la seguridad de los usuarios de las principales redes sociales.

Los **buscadores infantiles** son una buena herramienta para limitar las páginas a las que tienen acceso los niños y garantizar su seguridad. Son fáciles de instalar como página de inicio de internet en el navegador del ordenador del niño. En **Educación**

2.0 encontramos información sobre diversos buscadores específicos para niños, con contenidos controlados y supervisados por profesionales y padres.

Curiosos

<http://www.curiosos.com/>

Buscador seguro para toda la familia donde se puede encontrar páginas sobre ciencia, naturaleza, espectáculos, tecnología o deportes.

Askkids

<http://www.askkids.com/>

Sitio dividido en cinco secciones (schoolhouse, moovies, games, videos e imágenes). También tiene una sección para dibujar.

Google Infantil

<http://www.buscadorinfantil.com/>

Buscador en el que se restringe el número de páginas a las adecuadas para su edad.

Kidzui

<http://www.kidzui.com/>

Navegador que puede sustituir internet explorer, firefox u otros y que bloquea la navegación en sitios extraños o que no cumplan un mínimo de seguridad.

En el año 2012 Microsoft lanzó una versión de **Internet Explorer 9** adaptada para chicos. En colaboración con el Centro de Protección Infantil Child Exploitation and Online Protection

Centre (CEOP) del Reino Unido. Con esta versión se pretende mejorar la seguridad de los menores en internet.

En febrero de 2015, se lanzó la aplicación Youtube Kids. Una aplicación móvil que permite a los niños navegar por los vídeos de YouTube sin el riesgo de verse expuestos a contenidos no adecuados para su edad.

El uso de controles parentales parece que no solo reduce los riesgos online de los niños, sino también sus recursos y oportunidades digitales.

Mientras que un número significativo de adolescentes pueden estar expuestos a riesgos de Internet, un número mucho menor experimenta daños. Los riesgos no implican necesariamente consecuencias negativas.

En el Estudio Eu-Kid II, el 12% de los adolescentes entre 9 y 16 años dice que se ha sentido molesto o disgustado por algo ocurrido en internet. Uno de cada doce menores ha conocido en la vida real alguna persona con la que contactó por internet; este riesgo casi nunca entrañó una experiencia lesiva.

La **mediación activa de los padres** reduce los riesgos, pero **no** los recursos y oportunidades de los menores.

Decálogo de uso seguro de las redes Sociales

- 1- No indiques datos personales como tu dirección, teléfono o planes de futuro.
- 2- Tampoco des información sobre tu familia.
- 3- Pon límites a tu privacidad, utiliza una contraseña compleja.

- 4- Si decides incluir información sobre tus gustos, aficiones o preferencias, valora con quien compartes esta información y ten en cuenta que puedes recibir mucha publicidad no deseada.
- 5- Algunas redes ofrecen la posibilidad de darte de alta utilizando tu cuenta de correo electrónico. Cuando suministras tu contraseña corres el riesgo de que puedan acceder a tus mensajes.
- 6- No incluyas datos bancarios o de tarjetas de crédito. Comprueba que utilizas alguno de los medios de pago seguros habituales (conexión https: verified by visa, uso de teclado digital, etc.).
- 7- Cuando subas fotos o videos ten en cuenta que algunas redes sociales obligan a aceptar la cesión de la gestión de ese material. Foto subida, foto imposible de bajar.
- 8- No publiques fotos comprometedoras tuyas o de tus amigos o conocidos, o si lo haces acuérdate de restringir las personas que tienen acceso a las mismas.
- 9- No confíes siempre en todo lo que te encuentras en la red.
- 10- Antes de añadir un nuevo contacto a tu lista de amigos trata de informarte bien sobre él.

4. Videojuegos

Los videojuegos han evolucionado mucho en los últimos años. Poder jugar online con otras personas, con una o con decenas a la vez, aporta componentes interesantísimos no sólo desde el punto de vista lúdico sino, sobre todo, desde el punto de vista del desarrollo personal y la socialización. Se llama **juegos en línea** aquellos que necesitan de una conexión a internet. Existen múltiples formas de juegos en línea. Los que se pueden usar a través de un móvil, de consolas o peer to peer (redes entre iguales). En la actualidad existen 4 tipos principales de juegos en línea.

1. Minijuegos

También conocidos como juegos para navegadores. Se trata de los clásicos juegos recreativos que suelen ser gratuitos y muchas veces están disponibles en sitios web o portales sostenidos por publicidad. Suelen ser juegos para un solo jugador y no implican un mundo virtual narrativo. Por ejemplo, juegos de naipes como el solitario.

2. Juegos publicitarios o *advergaming*

Introducir publicidad dentro de los juegos o relacionarla es algo que viene de antiguo. Pero la aparición de juegos digitales, posteriormente de juegos en línea. Existe una relación entre los videojuegos y la comunicación publicitaria. El *advergaming* no es la mera inserción del producto dentro del juego, va más allá, se crea un videojuego centrado en un producto, en enseñar sus cualidades y vender sus virtudes.

Se pueden usar a través del ordenador personal o a través de consolas con acceso a internet. Están diseñados para promocionar un producto, o una empresa o una política concreta.

Normalmente si publicita a una empresa puede jugarse directamente en la página de esa empresa o descargarse. Se utiliza para dar notoriedad a determinadas empresas. El valor artístico es indispensable para transmitir el producto, no solo mediante su imagen sino con un sonido envolvente que facilitará un elevado tiempo de contacto entre la marca y el cliente.

3. Juegos en red

Este tipo de juegos se puede utilizar accediendo desde ordenador personal o desde consolas con acceso a internet. Son más utilizados desde que existen las tarifas planas de acceso a internet. Los hay de todos los géneros pero el más común es el combate táctico, también los juegos deportivos de carreras o fútbol. Se puede competir de forma individual o en grupos. Uno de los juegos más populares de este tipo es *Call of Duty* [<http://www.callofduty.com/>].

4. Juegos masivos o multijugador

Los Massively Multiplayer Online Role-Playing Games (MMORPG) son el resultado de la evolución de los juegos de rol y los videojuegos clásicos. Estos juegos permiten jugar a la vez un número ilimitado de participantes, pero a diferencia de las plataformas multijugador o juegos en red en las que muchos jugadores juegan a la vez pero el juego está perfectamente descrito, con un principio y un final, en los juegos masivos multijugador no solo juegan a la vez, sino que interactúan y forman clanes o gremios para avanzar en el juego. Se trata de juegos abiertos en los que el jugador puede elegir la ruta de desarrollo argumental del juego, no existe un final concreto. El jugador es el actor del juego, no es un mero espectador. Además el juego prosigue y evoluciona, aunque el jugador o su clan no

estén conectados, existen otros clanes que continuaran jugando. Tienen por tanto riesgo de hacer perder al jugador mucho tiempo y riesgo de gastar mucho dinero. Se pueden comprar objetos del juego con dinero real y alrededor de esto existe un gran negocio, algunas personas pueden llegar a ganar mucho dinero vendiendo objetos virtuales. Otro riesgo añadido es el de mantener contacto con desconocidos. Este tipo de juegos tienen riesgo de adicción. La posibilidad de alterar la propia identidad, de instalarse en una identidad que le proporciona más satisfacción que su identidad propia es el aspecto que puede crear más adicción como explicaremos más adelante.

En este tipo de juego se crean clanes o gremios y estos tienen su propio líder al que el resto de jugadores siguen. Es un ejemplo de inteligencia colaborativa en un entorno compartido. A veces las partidas son muy largas y es difícil abandonar el juego porque si el jugador lo abandona es como abandonar a su clan. Esto les hace permanecer más tiempo del deseado jugando, a veces días enteros. Estos juegos duran años. Los jugadores van aprendiendo y pasan por distintas fases a lo largo del tiempo, primero son aprendices y todo les parece emocionante y nuevo, luego pasan por una fase de crecimiento gradual en la que el jugador pasa del nivel básico a uno más avanzado y va elaborando su personaje, va sabiendo donde quiere estar y cuál va a ser su objetivo en el juego. Luego viene una fase de maestría en la que el jugador está bien situado en su clan o gremio, domina la técnica, sabe hacer casi todo lo que se puede hacer en el juego. Posteriormente viene una fase de decadencia, en la que se sienten quemados, ya saben casi todo lo que se puede saber del juego, lo han hecho todo, y se sienten cansados del ataque y de las obligaciones que

les supone pertenecer a un gremio o clan. En esta fase suelen preguntarse si se acabó la diversión. Luego viene la fase de uso casual, informal o de recuperación, en la que la mayoría de los jugadores ya no juegan tanto, lo hacen de forma ocasional y el objetivo ya no es tanto ganar como compartir el juego con los otros miembros del clan o gremio, para jugar con los que se han convertido en sus amigos.

Los videojuegos además de riesgos tienen aspectos beneficiosos. En un estudio realizado por la investigadora Linda Jackson, financiado por la Universidad estatal de Michigan, realizado a unos 500 niños de doce años, encontraron relación entre el uso de tecnologías y el aumento de la creatividad. No existían diferencias según si el juego era violento o no ni tampoco existían diferencias por sexo o raza.

Otros estudios defienden que las personas acostumbradas a jugar a videojuegos de acción son capaces de tomar decisiones un 25% más rápido que los demás sin sacrificar la precisión. Parece ser que también pueden aumentar la atención, siendo capaces los jugadores de prestar atención a seis cosas en vez de a cuatro cosas que es lo normal sin que se presenten signos de confusión.

Ventajas de los videojuegos

- Aumenta la autoestima y promueven el afán de superación.
- Generan la oportunidad de expresar sentimientos y emociones.
- Estimulan capacidades cognitivas, así como la creatividad e imaginación.

- Ayudan a asimilar nuevos valores y actitudes positivas de cara a enfrentarse a situaciones de la vida real.
- Si la temática es didáctica pueden aprender jugando.

Inconvenientes de los videojuegos

- Pueden crear adicción. Son impactantes y adictivos. Pueden llevar al aislamiento social. Ansiedad y nerviosismo.
- Hacen perder la noción del tiempo y de la realidad. Otro riesgo es el caer en un riesgo abusivo ligado a que estos juegos no paran nunca, van evolucionando aunque el jugador no juegue con lo que provocan cierta necesidad de jugar entre los usuarios. Podemos intervenir si juegan desde teléfono móvil. Podemos ver el número y la duración de las sesiones de juego.
- Pueden incrementar las actitudes violentas. Algunos tiene escenas violentas, sexuales o de discriminación.
- Normas de seguridad menos exigentes. Cuando utilizamos videojuegos online existe la posibilidad de que nos identifiquen y asocien nuestra actividad a nuestro perfil y de esta manera nos controlen, nos ofrezcan aquello que creen que necesitamos o puede estar dentro de nuestras preferencias. Los juegos no tienen las mismas normas de privacidad ni les exigimos tanto sobre seguridad como a las redes sociales. Pueden incitar a apuestas o juegos de azar.
- Riesgo de contactar con desconocidos. Otro riesgo puede ser la posibilidad de contactar con desconocidos a través de los chat de voz o con imagen que existen en muchos de los juegos, contactos que a veces pueden tener edades muy dispares por que no existe el mismo control de la edad en los juegos que en las redes sociales.

- En algunas ocasiones los adolescentes pueden incurrir en gastos económicos inadvertidos. La moneda virtual y la real tienen a veces una equivalencia que hace que se manejen cantidades importantes de dinero sin ser conscientes.
- Los contenidos y forma de juego pueden ser modificados, que por un lado permite corregir deficiencias pero por otro dificulta el censo, categorización y control de los juegos.

Código PEGI. Idoneidad de los juegos

Sistema de información Paneuropea sobre juegos (en inglés POSC).

El **código PEGI** es un sistema de información cuya finalidad es ofrecer información detallada sobre la idoneidad del contenido de los juegos para niños y adolescentes. Mediante unas etiquetas clasifica los juegos por edades y descriptores del contenido. Suelen estar en los estuches de los juegos facilitando así la compra adecuada. Consta de 14 Artículos. Las aportaciones más importantes son clasificar los contenidos de los juegos por edades, establecer apropiados mecanismos de denuncia de contenidos indeseables, establecer mecanismos para la eliminación de contenidos inapropiados (ilegales, ofensivos u obscenos que puedan perjudicar el desarrollo de los jóvenes), establecer una política de privacidad coherente y que esté conforme con las leyes de protección de datos de los países y de la UE, establecer estándares comunes a nivel europeo para los suscriptores online y fomentar una política publicitaria responsable. Para los juegos que se practican en línea se ha creado PEGI ONLINE, que no es más que un complemento del sistema PEGI cuya finalidad es ofrecer a los jóvenes de Europa

mayor protección contra contenidos inadecuados en los juegos y ayudar a los padres a entender los riesgos y el potencial daño de estos. Para poder exhibir la etiqueta, los sitios web deben garantizar que se sitios libres de contenido ilegal u ofensivo, sin enlaces indeseables y con medidas de protección de los jóvenes y de su intimidad mientras jueguen en línea. Incluye una serie de iconos descriptores de contenidos. Estos iconos especifican el contenido que determina la clasificación del videojuego en la categoría de edad seleccionada. Desde febrero de 2015, Google se ha acogido a este sistema de clasificación y muchos de los juegos y aplicaciones existentes en Google Play han incluido estas etiquetas.

Los **iconos** utilizados son los siguientes:



Drogas: El juego hace referencia o muestra el uso de drogas.



Miedo: El juego puede asustar o dar miedo a niños.



Sexo: El juego contiene representaciones de desnudez o comportamientos sexuales o referencias sexuales.



Discriminación: El juego contiene material que puede favorecer la discriminación.



Lenguaje Soez: El juego contiene palabrotas.



Violencia: El juego contiene representaciones violentas.



Juego: Juegos que fomentan el juego de azar y apuestas o enseñan a jugar.



Online: El juego puede jugarse en línea.

Algunas páginas de interés de información sobre videojuegos:

Guía para padres y madres sobre uso de videojuegos por menores

http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/manuales_es/guia_menores_videojuegos

Juegos sobre seguridad en internet

<http://www.secukid.es/>
<http://www.navegacionsegura.es/Triviral>

Existen juegos que ayudan a concienciar a los chicos sobre las normas de seguridad que deben cumplir.

5 Riesgos de internet para los adolescentes

5.1 Sexting

Sexting es una palabra tomada del inglés que une “sex” (sexo) y “texting” (envío de mensajes de texto vía SMS desde móviles). Al principio el término solo incluía el contenido de texto pero se ha incluido también el envío en otros formatos. El sexting consiste en el envío de contenidos de tipo sexual (principalmente fotografías y/o vídeos) producidos generalmente por el propio remitente, a otras personas por medio de teléfonos móviles u otro dispositivo tecnológico. Puede ocasionar chantajes y abusos posteriores.

El *sexting* se produce cuando un contenido de carácter sexual generado de manera voluntaria puede pasar a manos de otras

personas. Puede ser que haya sido enviado de forma voluntaria, pero por diversas circunstancias a partir de aquí puede entrar en un proceso de reenvío masivo y multiplicarse la difusión. Una vez difundido es imposible de borrar. Cuando los contenidos sexuales se graban a través de una webcam y luego se difunden a través de email, redes sociales u otra nueva tecnología, se llama “*sex-casting*”.

La adolescencia es una etapa en la que el individuo tiene necesidad de autoafirmación, de definición sexual y de pertenencia a grupo. Esto les lleva a veces a la sobreexponerse en temas sexuales dentro de su grupo. Dos de cada tres adolescentes españoles con edades comprendidas entre los 10 y 16 años posee un teléfono móvil y a los 15-16 años casi el 90% ya tiene móvil. De los adolescentes que tienen móvil entre los 10 y 16 años, más del 80% hace fotos con el móvil, el 48% las envía a otras personas y el 20.8% las publica en internet según un estudio publicado por el *observatorio INTECO* y Orange. El 4% de los adolescentes de 10 a 16 años reconoce haberse hecho fotos o videos en postura sexy con el teléfono móvil y un 8.1% dice haber recibido fotos de otros adolescentes con este tipo de contenidos. Los adolescentes hacen sexting por que alguien se lo pide o por diversión, pero también para sentirse bien y de esta forma autoafirmarse o para impresionar a alguien.

Alrededor del 60% de los padres de adolescentes con edades entre los 10 y 16 años considera muy grave que sus hijos se realicen fotos en posturas sexys o las reciban de otros adolescentes. Además en los últimos años se ha observado una sexualización precoz de la infancia y esto hace que las niñas adopten en ocasiones conductas impropias para su edad que pueden tener graves repercusiones a nivel psicosocial del menor.

Para que se produzca sexting tienen que existir una serie de aspectos:

1. Debe existir una voluntariedad inicial por parte del adolescente. Además debe tener algún dispositivo tecnológico con el que realizar las imágenes y difundirlas.
2. Las imágenes solo atrevidas no son sexting, son solo eso imágenes atrevidas.
3. La edad sí importa. No solo los adolescentes realizan este tipo de actividades, los adultos también envían este tipo de imágenes. La única diferencia es que en el caso de los menores esta actividad tiene un tratamiento jurídico especial.

Con frecuencia los menores no son conscientes de que este tipo de acciones pueden poner en peligro su intimidad e integridad, no se sienten amenazados y por eso envían este tipo de contenidos. No se dan cuenta de que una vez enviados este tipo de contenidos pierden el control sobre ellos. Todo esto influye en su imagen pública, en su reputación. La pérdida de control puede producirse de forma voluntaria por el envío del propio menor, o por la pérdida del ordenador o móvil o por cracking. Según las estadísticas oficiales de la *Internet Crimes Against Children Task Force*, un 25% las imágenes consideradas pornografía infantil que tiene archivadas la Policía de Utah (EEUU) han sido creadas originalmente como sexting entre menores.

En el entorno del sexting, la humillación pública puede considerarse ciberbullying. También puede existir sextorsión. En el informe publicado por el Centro de Investigación Inocenti de la Unicef de Florencia en noviembre de 2011, Seguridad infantil en Internet: retos y estrategias globales se habla de las amenazas a la seguridad y los derechos de los niños con respecto a internet y otras TIC.

5.2 Ciberbullying

Se trata del acoso a través de internet. Se define como el acoso entre iguales en el entorno TICS. Incluye actuaciones como el insulto de unos chicos a otros, el chantaje y las vejaciones. Supone el uso o difusión de información ofensiva o difamatoria en formato electrónico a través de medios de comunicación como el correo electrónico, sistemas de mensajería instantánea, redes sociales, la mensajería de texto a través de teléfonos o dispositivos móviles o la publicación de vídeos o fotografías en plataformas electrónicas de difusión de contenidos. La clave está en que existe una relación entre el acosado y el acosador. Se conocen en la vida física.

Tiene una serie de **características** como son:

1. El contacto entre el acosador y la víctima debe ser continuado en el tiempo, un solo episodio no se considera ciberbullying.
2. Los dos deben ser de edades similares.
3. No debe existir contenido sexual de por medio.
4. Ambos tienen contacto en la vida física.
5. El medio utilizado para llevar a cabo el acoso sea tecnológico (red social, teléfono móvil, etc.).

Páginas de interés:

Internet Sin Acoso: Ciberbullying

http://www.protegeles.es/es_linea8.asp

Stop Ciberbullying

http://www.stopcyberbullying.org/teens/take_5.html

Ciberbullying. Guía de recursos para centros educativos en casos de ciberacoso. (Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid).

http://www.defensordelmenor.org/upload/documentacion/publicaciones/pdf/GUIA_Ciberbullying.pdf

Guía sobre ciberbullying y grooming

http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/manuales_es/guia_Manual_grooming_ciberbullying

Protocolo de actuación escolar ante el ciberbullying.
(Departamento de educación, Universidades e Investigación,
Gobierno Vasco)

http://www.emici.net/prot/Protocolo_Ciberbullying.html

5.3 Grooming

Es el acoso establecido por un adulto. Se llama sí al conjunto de acciones realizadas deliberadamente para establecer una relación y el control emocional sobre un menor con el fin de preparar el terreno para un abuso sexual posterior.

Son situaciones de acoso con un contenido sexual implícito y explícito. Este tipo de conductas empiezan en la red y pueden terminar en delitos como la pornografía infantil o el abuso a menores. Puede llegar a existir contacto entre el acosador y la víctima en la vida física.

UNICEF excluye la necesidad de engaño y amplía en su definición de ***grooming*** a cualquier persona que intente contactar por

Internet con un(a) menor con intenciones sexuales, aunque lo haga abiertamente. Estas intenciones suelen ser un encuentro sexual online, generalmente vía webcam, para obtener imágenes íntimas del niño, niña o adolescente que después comparte con otros. Solo en algunas ocasiones pretende llegar a un encuentro sexual físico.

En el estudio EU-Kid III, se observó que a través de las redes sociales y de los videojuegos los adolescentes pueden tener contacto con desconocidos. Al preguntarles sobre este tema, los adolescentes diferenciaban conocer gente online de conocer gente online y luego tener relación offline. En los dos casos ven un riesgo, sobre todo los más pequeños 11-12 años. Les preocupa la edad del desconocido. Para los adolescentes, se considera legítimo comunicarse con pares, lo consideran una oportunidad para hacer amigos, pero no con gente de otra edad, esto se considera un peligro. Les preocupa el anonimato y la posibilidad de que tengan una identidad falsa.

Tanto el ciberbullying como el grooming son dos riesgos importantes para los niños y los adolescentes y los padres deben tener la suficiente información a su alcance para detectar este tipo de situaciones y atajarlas. Los adolescentes deben tener información sobre este tipo de acciones para poder evitarlas y denunciarlas en caso de que les sucedan a ellos o en su entorno.

Se debe aconsejar a los padres establecer, de acuerdo con el menor, **medidas y normas de uso de internet**. Ante la situación de que su hijo esté siendo acosado **lo primero es evitar el contacto del menor con el acosador y lo siguiente ponerlo en conocimiento de la policía**.

Recomendaciones para los padres o tutores

Involucrarse en el uso que los menores hacen de internet. Debe cerrarse la brecha digital.

Instalar los ordenadores o promover su uso en zonas comunes. Utilizar el ordenador en zonas comunes de la casa facilita a los padres el conocimiento del uso que hacen sus hijos del ordenador, el tiempo de uso, los servicios que utilizan, etc.

Establecer un horario de uso de internet y del ordenador. Para esto existen numerosas aplicaciones que permiten controlar el tiempo de uso, en que franjas horarias puede utilizarse el ordenador y servicios que puede utilizar en cada momento. Hoy en día los adolescentes utilizan el ordenador para comunicarse, para estudiar, para oír música, muchas de sus actividades se hacen en el ordenador y podemos pensar que todo el tiempo hacen lo mismo sin ser esto cierto.

Impulsar el uso responsable de las cámaras web. Hoy en día muchos de los dispositivos que utilizan llevan incorporada una cámara web. La cámara web puede ser la puerta de entrada para usuarios mal intencionados También es una parte importante en el sexting, los adolescentes deben ser conscientes de que tipo de imágenes se pueden compartir y cuáles no.

Uso de imágenes. No enviar imágenes a desconocidos y ser prudentes en el uso que se da a las imágenes realizadas.

Supervisión. Los padres o tutores deben intentar supervisar el uso que hacen los adolescentes de internet respetando la intimidad del adolescente todo lo posible.

Comunicación. Hablar con los adolescentes es fundamental para garantizar un uso saludable de internet. Los adolescentes deben sentirse escuchados y debe hablarse con ellos de los aspectos positivos y negativos del uso de internet. Debemos aplicar valores, experiencia y sentido común para enseñarles a usarlo correctamente.

Autoprotección. Debemos enseñarles a no dar más datos de los necesarios, a no dar datos personales a preservar la intimidad y la reputación personal.

El siguiente decálogo ha sido elaborado por la Línea de Ayuda para menores “Que no te la den”, gestionada por la asociación Protégeles y creada por el Centro de Seguridad en Internet para los menores adscrito al Safer Internet Program de la Comisión Europea.

10 consejos para niños para evitar el grooming

- 1.** Rechaza los mensajes de tipo sexual o pornográfico. Exige respeto.
- 2.** No debes publicar fotos tuyas o de tus amigos/as en sitios públicos.
- 3.** Utiliza perfiles privados en las redes sociales.
- 4.** Cuando subas una foto en tu red social asegúrate de que no tiene un componente sexual. Piensa si estás dispuesto/a a que esa foto pueda llegar a verla todo el mundo y para siempre.
- 5.** No aceptes en tu red social a personas que no hayas visto físicamente y a las que no conozcas bien. Si tienes 200, 300 o 500 amigos estás aceptando a personas que realmente no son amigos ni familiares tuyos.
- 6.** Respeta tus propios derechos y los de tus amigos/as. Tienes derecho a la privacidad de tus datos personales y de tu imagen: no los publiques ni hagas públicos los de otros.
- 7.** Mantén tu equipo seguro: utiliza programas para proteger tu ordenador contra el software malintencionado.
- 8.** Utiliza contraseñas realmente privadas y complejas. No incluyas en tus nicks e identificativos datos como tu edad, etc.
- 9.** Si se ha producido una situación de acoso guarda todas las pruebas que puedas: conversaciones, mensajes, capturas de pantalla, etc.
- 10.** Si se ha producido una situación de acoso NO cedas ante el chantaje. Ponlo en conocimiento de tus padres, pide ayuda al Centro de Seguridad en Internet para los menores: www.protegeles.com y/o denúncialo a la Policía o a la Guardia Civil.

5.4 Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes en la etapa de la adolescencia. Este tipo de patologías han sufrido un incremento a lo largo de los años y cada vez se inician a edades más tempranas. La preocupación por el aspecto físico puede llegar a convertirse en una prioridad que gobierne la vida personal y social del o la adolescente. Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema sanitario con graves secuelas físicas, sociales y psicológicas. Internet ha puesto al alcance de los adolescentes una gran cantidad de información y también permiten ponerse en contacto con personas de cualquier parte del mundo en cualquier momento. Como ya sabemos, internet no solo tiene ventajas, también inconvenientes y uno de ellos es la proliferación de páginas web que promulgan las ventajas de la delgadez y de llegar a ella sin importar los medios.

El término **Pro-ana** se refiere a un grupo o subcultura que promueve y apoya la anorexia como una elección de estilo de vida. El término **Pro-mia** se refiere a subcultura que promueve la bulimia. Otros términos utilizados son “**princesas de porcelana**”, **Ana**, **Mía**, **Wannabes** (son aquellas chicas que sueñan apasionadamente con tener anorexia, que piden consejos en los foros para lograr ser una de ellas y alcanzar el control) y **Thispiration** (iconos o modelos a seguir).

Los foros pueden influir en las etapas iniciales de la enfermedad ofreciendo métodos para perder peso rápidamente y en trastornos más avanzados suelen ser lugares en los que se les da apoyo y refuerzo a seguir con conductas de evitación de la comida y de esta forma favorecer el mantenimiento de la enfermedad y el ensombrecimiento del pronóstico.

En el 2004 un estudio publicado por el Defensor del Menor en colaboración con la asociación PROTÉGELES alertaba con datos estadísticos de los graves riesgos de estas páginas, solicitando su ilegalización y su cierre inmediato. PROTÉGELES diseñó una iniciativa con función preventiva, realizando páginas web con el mismo formato y con los mismos términos de búsqueda en las que se informa sobre los trastornos de conducta alimentaria y los riesgos que suponen estas páginas web. La intención es que cuando un usuario realiza búsqueda de este tipo de foros, se encuentren con estas páginas donde se les oferta ayuda a la que acceder fácilmente si se consideran en situación de riesgo.

Páginas de interés sobre trastornos de la conducta alimentaria:

- <http://www.centrointernetsegura.es/estudios03.php>
- <http://www.stop-obsesion.com/>
- <http://www.masqueunaimagen.com/>
- www.anaymia.com

5.5 Tecnoadicciones

En los últimos años, las nuevas tecnologías (Internet, telefonía móvil, videojuegos y televisión) se han instalado de forma rápida en nuestras vidas. El abaratamiento de los costes de los aparatos y de las conexiones, ha favorecido su generalización. Hoy en día, el uso de estos instrumentos es indispensable para el trabajo diario tanto en las escuelas y universidades como en el mundo empresarial.

Las nuevas tecnologías tienen un gran potencial educativo y comunicativo pero un uso inadecuado o abusivo puede acarrear importantes consecuencias negativas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que 1 de cada 4 personas sufre algún problema de adicción a las nuevas tecnologías.

Los adolescentes son más vulnerables al poder adictivo de las nuevas tecnologías porque:

- Las nuevas tecnologías les permiten moverse por un mundo de fantasías.
- Chatear por Internet o por el teléfono móvil les permite mostrarse tal y como les gustaría ser, no como realmente son.
- El uso de las nuevas tecnologías les permite estar “a la moda”.
- El anonimato y la ausencia de contacto visual que caracteriza las nuevas tecnologías permiten al usuario expresarse y hablar de temas que en la cara a cara les resultaría imposible de realizar.
- Internet permite a los adolescentes estar en contacto con su grupo de iguales sin estar físicamente juntos.
- El teléfono móvil, les permite estar en contacto con sus amigos, escapando del control paterno.
- Los videojuegos son emocionalmente estimulantes por su rapidez e intensidad. Permiten al jugador vivir en primera persona una aventura poniendo en práctica estrategias sin tener en cuenta las consecuencias que podrían tener en la vida real.

Hoy en día, sabemos que toda aquella conducta que pueda generar placer en la persona que la realiza es susceptible de convertirse en adictiva. Estas conductas, que pueden ser

consideradas como actividades cotidianas, se van haciendo progresivamente cada vez más problemáticas.

Para que una conducta se convierta en adicción, es necesario un proceso:

- La conducta genera placer en la persona (me conecto a Internet porque me divierto, todos mis amigos lo hacen...).
- Aumento de los pensamientos relativos a la conducta cuando no está conectado.
- Aumento de la frecuencia de la conducta y pérdida del interés por otras actividades.
- Quitar importancia al interés que la conducta le produce.
- Deseo intenso de realizar la conducta.
- La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas.

La conducta deja de producir bienestar por si misma y comienza a realizarse para aliviar el malestar que supone el no poderle llevar a cabo.

Existen factores de riesgo como tener baja autoestima, soledad, baja estimulación social, introversión, consumo de sustancias, depresión o ansiedad para realizar un uso problemático de la red o llegar a tener una adicción. Otros factores como la falta de comunicación en la familia, los conflictos sociales y las relaciones familiares insatisfactorias pueden influir en la conducta problemática de las TIC.

A su vez, existen factores que podrían proteger de las adicciones como son, la cohesión familiar, compartir actividades en familia, la calidad del contexto escolar, el sentimiento de vinculación con el barrio en el que viven. Quizás el factor protector más

importante es la guía y supervisión del tiempo de ocio que deben realizar los padres durante los años que preceden a la adolescencia.

Desde hace unos años algunos investigadores se han interesado por el estudio de las adicciones a internet, a los videojuegos, a los juegos de rol online y a los teléfonos móviles.

El estudio “Investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos” pretendía conocer el riesgo comportamiento adictivo de Internet entre los adolescentes en Europa. Utilizaron una muestra representativa de 13.284 adolescentes de entre 14 y 17 años, de 7 países europeos (Grecia, Alemania, los Países Bajos, Islandia, Polonia, Rumania y España). En este estudio, cuyos objetivos eran evaluar la prevalencia y determinantes de conductas adictivas a internet (CAI), evaluar cualitativamente el desarrollo de CAI, concienciar a la población sobre su existencia y mejorar los conocimientos necesarios para el desarrollo de estrategias de prevención del mismo, incluyeron preguntas relacionadas con el acceso a Internet por los adolescentes y su uso positivo, así como las experiencias potencialmente dañinas y peligrosas, conductas adictivas de Internet, aspectos relacionados con la comunicación a través de las redes sociales y sobre los juegos de ordenador y juegos de azar. Realizaron 124 entrevistas que componían el estudio cualitativo. A través de este estudio intentaron descubrir el proceso del desarrollo de conductas adictivas a internet, así como el riesgo potencial y los factores de protección de las adicciones. Definieron la conducta adictiva a Internet (CAI) como un patrón de comportamiento caracterizado por la pérdida de control sobre el uso de Internet. Esta conducta conduce potencialmente al aislamiento y al descuido de las relaciones sociales, de las actividades académicas, de las actividades recreativas, de la salud y de la higiene personal.

Utilizaron diversos cuestionarios como el Test de adicción a Internet que permite diagnosticar si el adolescente tiene conducta disfuncional en internet (CDI) o conducta adictiva a internet, el cuestionario sobre juegos de ordenador (AICAS-S), otro cuestionario sobre juegos de azar con apuestas online (SOGS-RA) y un cuestionario de características psicosociales (YSR).

Según los resultados del estudio, el 1,2% de la muestra presentaba CAI, mientras que un 12,7% presentaba solo riesgo de CAI, es decir tenían una conducta disfuncional en internet pero no llegaban a tener conducta adictiva. Los países España, Rumania y Polonia presentaban una mayor prevalencia de CDI, mientras que Alemania e Islandia eran los países que presentan la menor prevalencia. Los adolescentes más mayores y aquellos cuyos padres presentan un menor nivel educativo eran los más propensos a presentar CDI. Otro resultado fue que el grupo de adolescentes con CDI poseía un menor nivel de bienestar psicosocial. Factores como jugar a juegos de azar con apuestas online, el uso de las redes sociales y los juegos de ordenador estaban estrechamente relacionados con CDI, mientras que otros factores como ver videos o películas no guardaba relación con CDI, y hacer los deberes o realizar búsquedas de información en internet estaban inversamente relacionados con tener CDI.

En nuestro país han sido también varios los investigadores que han abordado estos temas y en 2012 Carbonell hizo una revisión sobre esos estudios empíricos. Los estudios revisados fueron realizados entre 2002 y 2011, en su mayoría con estudiantes universitarios. Solo 4 de ellos se realizaron con estudiantes de secundaria. Los porcentajes de uso problemático de internet en estos estudios oscilaban entre el 3.7% y el 9.9%, siendo mayor entre los más jóvenes. Encontraron relación entre el uso problemático y la comunicación medida por ordenador, es decir con aplicaciones para comunicarse como Messenger o chats.

También observaron relación con el tiempo que permanecían conectados. El género no parecía estar relacionado, aunque los hombres permanecían más tiempo conectados a las TIC. En cuanto al uso del teléfono móvil la prevalencia de uso problemático variaba entre el 2,8% y el 26.1%. Los estudios sugieren que las mujeres perciben su uso como más problemático. Otro aspecto observado fue la relación entre el uso intensivo del móvil y el consumo de tabaco, alcohol y la depresión. En dos estudios recientes se observó relación entre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias y el uso problemático del juego, refiriéndose a juego con apuestas.

El Manual de los trastornos mentales (DSM-5) ha incluido en su Sección III el Trastorno por juego en Internet (**Internet Gaming Disorder**). Se refiere a los juegos sin apuestas. Describe que la característica esencial de la adicción a los videojuegos en línea es la participación recurrente y persistente durante muchas horas en videojuegos, normalmente grupales, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo. El Trastorno por juego en internet se aplica también al juego excesivo de videojuegos no online, así como a juegos con consolas o dispositivos de mano.

Internet tiene diversos usos y dependiendo del uso que se realice de él, puede existir riesgo de adicción o no. Podemos usar internet para buscar información para el trabajo, para los estudios o para el ocio o como medio de comunicación a través de las redes sociales o el correo electrónico o para alterar nuestra identidad como se hace en los videojuegos y algunos tipos de chats. De todas estas opciones es la posibilidad de alterar nuestra identidad la que tiene riesgo de generar mayor adicción. El jugador se instala en una identidad falsa que le proporciona más satisfacción que su identidad real. El DSM-5 se centra en los

juegos en línea porque es en estos en los que se puede crear otra identidad y por eso tienen mayor riesgo de adicción. Lo que diferencia a una adicción de una conducta excesiva son las consecuencias graves que tienen las adicciones para la persona. En la actualidad, con los instrumentos de medida de los que disponemos y con la diversidad de criterios existentes, solo se puede considerar que este tipo de trastornos de juego por internet suponen un riesgo de deterioro clínicamente significativo pero no se puede hablar de un trastorno mental en sí mismo, para ello tendrán que realizarse nuevos estudios.

Tras la publicación del nuevo DSM-5, ante la gran divergencia de opiniones con respecto a cómo diagnosticarlo, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), ha reunido a grupo de expertos internacionales de Europa, Norte y Sudamérica, Asia y Australia para discutir y lograr un consenso sobre la evaluación de trastorno de juegos de Internet como se define en el DSM-5 y para la elaboración un documento de consenso. En este documento se propone un método común de evaluación de los criterios del DSM-5 sobre este trastorno y se describen cada uno de los nueve criterios. El primero de ellos se refiere a la **preocupación**, es decir, a ser totalmente absorbido por los pensamientos sobre el juego, no solo cuando se está jugando sino también cuando se realizan otras actividades. El segundo criterio son los **síntomas de abstinencia** cuando no está jugando, es decir los síntomas que se presentan cuando la persona no tiene la oportunidad de jugar o tiene que dejarlo. El tercero es la **tolerancia**, descrita como el aumento del tiempo dedicado a jugar debido a un creciente deseo de jugar o a la necesidad jugar a juegos más emocionantes. El cuarto criterio se describe **intentos infructuosos de controlar o detener la acción de jugar**, el jugador quiere reducir la cantidad de juego, pero no puede. Este criterio también refleja una tendencia a la recaída. El quinto

criterio es la **pérdida de interés por otras actividades**. Se dejan o reducen otras actividades que antes eran agradables. El sexto criterio se refiere a la **continuación de un juego excesivo a pesar del conocimiento de los problemas que le están causando**. Estos problemas deben ser clínicamente significativos, no se trata de problemas leves o pasajeros. El criterio séptimo se refiere a **mentir u ocultar lo mucho que se juega**, criterio de “engaño” y el criterio octavo se refiere a **jugar para olvidarse de los problemas de la vida real o para aliviar los estados de ánimo negativos** o criterio “de escape”. Por último el noveno criterio es el más grave ya que se refiere al riesgo o pérdida de de las relaciones y de oportunidades en los estudios o en el trabajo a causa del exceso de juego. El DSM-5 sugiere como punto de corte cumplir al menos cinco criterios en los últimos 12 meses. Establece el corte ahí y no con menos criterios para evitar el sobrediagnóstico.

En la revisión de artículos que realizaron para la elaboración del informe, teniendo en cuenta que no existía un instrumento estándar para la medición del Trastorno por juego en internet, la prevalencia de este variaba entre el 0.5 y el 6%. También se describe que el sexo masculino es un factor de riesgo de trastornos por juego en internet, así como la edad. Tienen más riesgo de adicción los más jóvenes. No se pudo determinar si existían diferencias de tipo étnico. Existían síntomas y trastornos psicológicos asociados al trastorno por juego en internet, la depresión, el aislamiento social y los problemas de impulsividad así como los déficits de atención o la hiperactividad también se relacionaron. No se encontraron diferencias significativas entre el trastorno por juego en internet y el consumo de alcohol y existían datos limitados en lo que se refiere al consumo de drogas en general, pero si se observó que las personas con trastornos por juego en internet eran más propensas a tomar drogas ilícitas diferentes a la marihuana y al consumo de tabaco.

Se podría decir que existe una relación, aunque no causalidad, entre los síntomas psicológicos y el desarrollo y mantenimiento del Trastorno por juego en internet. La impulsividad y la atención, junto con las bajas habilidades sociales y la depresión pueden estar asociados con la aparición de este problema y a la vez los individuos con este Trastorno que además tienen depresión, ansiedad, fobia social o problemas de atención pueden tener más facilidad para el mantenimiento empeoramiento del mismo.

Tras revisar los artículos existentes en la literatura sobre conductas adictivas a no sustancias, incluyen los juegos, los juegos en internet, el uso de internet en general ,el DSM-5 establece que cuando se juega con dinero en Internet, es decir, cuando se realizan apuestas, se trata de un trastorno debido al juego (Gambling Disorder). Consideraron incluirlo en el capítulo “Trastornos adictivos relacionados con sustancias” con el argumento de que las conductas de juego activan sistemas de recompensa similares a los que activan las drogas y producen algunos síntomas conductuales comparables a los producidos por sustancias, por su coincidencia en términos etiológicos, biológicos, de comorbilidad o tratamiento con los trastornos incluidos en este apartado. Es la primera vez que este manual incluye una adicción a no sustancia.

En nuestro país, se han publicado algunos estudios en los que se validan cuestionarios para la detección del el uso problemático de internet o las conductas adictivas en internet. Recientemente se ha validado la escala CERV, instrumento que podría ser útil para medir el uso problemático de los videojuegos no masivos en adolescentes españoles aunque quizás deberían realizarse nuevos estudios para establecer un cuestionario de valoración del Trastorno por juego en internet de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-5.

Pautas de prevención:

A nivel general, es importante tener en cuenta la necesidad de:

- Potenciar actividades de ocio saludable en los adolescentes (deporte, lectura, manualidades o actividades al aire libre).
- Establecer relaciones de confianza en la familia que les permita hablar y dialogar de forma sincera y abierta. Los padres deben analizar con ellos episodios que les hayan sucedido en internet.
- Los padres deben tener en cuenta la importancia de su modo de actuar. Sus hijos los tienen como modelos y tienden a imitar sus conductas.
- Educar en positivo. Ayudarles a desarrollar una adecuada autoestima y unas buenas habilidades sociales que les permitan el desarrollo de buenas relaciones interpersonales.
- Controlar los tiempos de uso de internet.
- Romper con las rutinas de conexión: si el menor enciende el ordenador nada más levantarse para comprobar su correo electrónico, debe intentarse que lo haga después de haberse duchado, o al terminar de desayunar.
- Utilizar señales y alarmas que le indiquen al adolescente que ha pasado su tiempo y debe de desconectarse.
- Ayudar al menor a elaborar un horario realista dentro del cual se contemple no solo el tiempo dedicado a navegar, sino también otras actividades como el estudio.
- Enseñarle la capacidad formativa de la red, incluyendo Internet como una herramienta de ayuda al estudio y a la formación.
- Instalar, cuando sean necesarios, filtros de contenido que impidan a los menores el acceso a páginas con contenido no adecuado cuando no están siendo supervisados.

- Recomendar el uso del ordenador, tablet o Smartphone en un espacio común de la familia, de modo que se facilite la interacción con los padres y la posibilidad de que estos supervisen el uso de las nuevas tecnologías que realizan sus hijos.
- Jugar con ellos, compartir emociones y transmitiendo de esta forma el punto de vista de los padres.
- Limitar el tiempo dedicado a jugar. Pactar con ellos la duración del juego y hacerles conscientes del tiempo que pasan jugando.
- Informarse del nivel de violencia, la edad mínima y las habilidades requeridas por el videojuego, antes de comprarlo (conocer y usar los códigos PEGI).
- No olvidar que educar no es prohibir. Se debe evitar restringir el acceso y explicar los riesgos.
- **Educar para la adquisición de autonomía** permitirá que los menores afronten sus conflictos, desarrollen su **asertividad**. Darles la oportunidad de decidir, de elegir entre lo que les conviene o no, así como de equivocarse.

Página de interés:

Tecnoadicciones

<http://www.tecnoadicciones.com/>

Línea de ayuda de Protégetes para los problemas de adicción a las nuevas tecnologías.

Bibliografía

- Uso de las Nuevas Tecnologías por la Infancia y Adolescencia. Informe 2010. Observatorio de la infancia en Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3022
- Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres. Edición: Marzo 2009. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Disponible en: www.inteco.es/file/Vw6_q-8Mwx5e53XltJgjzw
- Guía para usuarios: identidad digital y reputación online. Instituto nacional de tecnologías de la comunicación. Edición: Julio 2012. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Disponible en: www.inteco.es/file/l_WBa-4iQifM0ex5BxJguQ
- Ureña A, Ferrari A, Blanco D, Valdecasa E: Las Redes Sociales en Internet. Diciembre 2011. Grupo de estudios ontsi. http://www.osimga.org/export/sites/osimga/gl/documentos/d/20111_201_ontsi_redes_sociais.pdf
- Danah M. Boyd & Nicole B. Ellison, Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship, JOURNAL OF COMPUTER-MEDIATED COMMUNICATION (Oct.2007). <http://jcmc.indiana.edu/vol13/issue1/boyd.ellison.html>
- Civitelli Chiara, Franco Antonio. Redes sociales y privacidad del menor. Edición 2011. Fundación Solventia. Disponible en https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCCEQFjAAahUKewjv2vaLueDGAhXJWhQKHTyFC7k&url=http%3A%2F%2Fwww.unav.edu%2Fmatrimonioyfamilia%2Fobservatorio%2Ftop%2F2011%2FFundacion-Solventia_Menores-redes-sociales-2011.pdf&ei=Hw6oVa_PFMm1UbyKrgL&usg=AFQjCNFT2YF_kkmLWl_QZUyAoHY2Pi6UyBw&sig2=45ZJASZ1IBvXzn0SSYMMlW&bvm=bv.97949915,d.d24
- InSites Consulting, “Social Media around the world”, 2010. Disponible en: <http://www.insites-consulting.com/social-media-around-the-world-2010/>
- The Cocktail Analysis, “Informe de resultados Observatorio de Redes Sociales”, tercera oleada, febrero de 2011.
- Las redes sociales en Internet. Observatorio Nacional de las telecomunicaciones y SI. Diciembre 2011. Disponible en: http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/redes_sociales_documento_0.pdf

- Informe Generación 2.0 del año 2011 Hábitos de usos de las redes sociales en los adolescentes de España y América Latina realizado por la Universidad Camilo José Cela.
- Con vos en la web. Página web del Ministerio de Justicia y derechos Humanos de Argentina. Disponible en: <http://www.convosenlaweb.gob.ar/adolescentes/amenazas.aspx>
- Blog de recursos TICS en educación. Disponible en: <http://rociocabanillas.blogspot.com/>
- Advergaming en Wikipedia. <http://es.wikipedia.org/wiki/Advergaming>
- Videojuegos Guía para padres. 2010. Protegeles. Disponible en: http://www.guiavideojuegos.es/media/guia_videojuegos_2010.pdf
- Video game playing tied to creativity. Michigan State University. Disponible en: <http://news.msu.edu/story/9971/>
- Li R., Polat U., Scalzo F., & Bavelier D. (2010). Reducing backward masking through action game training. *Journal of Vision*, 10(14):33, 1–13 <http://www.journalofvision.org/content/10/14/33> , doi:10.1167/10.14.33.
- Flores Fernández J: Videojuegos online, oportunidades y riesgos para los Menores. [Sede web]. Pantallas Amigas; 2009. [Fecha de acceso 10 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.pantallasamigas.net/proteccion-infancia-consejos-articulos/videojuegos-online-oportunidades-y-riesgos-para-los-menores.shtml>
- pegi.info. Pan European Game Information. [Sede web]. Bélgica: pegi.info. [Fecha de acceso 10 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.pegi.info/es/>
- Observatorio INTECO. Estudio sobre seguridad y privacidad en el uso de los servicios móviles por los menores españoles. Observatorio INTECO y Orange; 2010. Disponible en: http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/Estudios_e_Informes/Estudios_e_Informes_1/Estudio_moviles_menores
- Pérez San-José, P., Flores Fernández, J., Fuente Rodríguez, S., Álvarez Alonso, E., García Pérez, I. Guía sobre adolescencia y sexting: que es y cómo prevenirlo. Observatorio para la seguridad de la información y Pantallas Amigas; noviembre 2011. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CEYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.inteco.es%2Ffile%2Fwd4YWUmf1Mtw3YEbmzd7Ow&ei=zQk1UOv JcLQhAf5-4CAA&usg=AFQjCNELO576PZPKevBSNw-iI0U22AXncw>
- Chaval.es. Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud. Secretaría de Estado de Telecomunicaciones y para la Sociedad de la

- Información; 2015. Disponible en: http://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Actuaci%C3%B3n_contra_Ciberacoso_vf_pi.pdf
- American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention. *Pediatrics*. 2009; 124:383-402
- Katzman DK. Sexting: Keeping teens safe and responsible in a technologically savvy world. *Paediatr Child Health*. 2010; 15: 41–2
- NICE. Promoting young people’s social and emotional wellbeing in secondary education. Disponible en: <http://publications.nice.org.uk/social-and-emotional-wellbeing-in-secondary-education-ph20>
- Seguridad infantil en Internet: retos y estrategias globales. Centro de Investigación Inocenti de la Unicef. Noviembre de 2011. Florencia. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Child_Safety_online_-_Global_challenges_and_strategies.pdf
- Guía sobre ciberbullying y grooming. Observatorio de la Seguridad de la Información de INTECO. 2009 [Fecha de acceso 21 Agosto 2012]. Disponible en: http://www.inteco.es/Seguridad/Observatorio/manuales_es/guiaManual_groming_ciberbullying
- Barrera Francés, A; Antón Hernández, L; Laguna Martínez, C; Calvo Sarnago, A I; Garcés, R; Panzano, E; Gracia García, P; Bel Aguado, MJ. Influencia de internet en los trastornos de la conducta alimentaria. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2137/1/6conf950101.pdf>
- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G., Casado, M. A. Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo. EU Kids Online. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Bilbao; 2011. Disponible en: [http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20\(2009-11\)/National%20reports/Spanish%20report.pdf](http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/EU%20Kids%20II%20(2009-11)/National%20reports/Spanish%20report.pdf)
- Investigación sobre conductas adictivas a internet entre los adolescentes europeos. Editores: Artemis Tsitsika, Eleni Tzavela, Foteini Mavromati y Eu net adb Consortium. Enero de 2013. Disponible en: <http://www.eunetadb.eu/files/docs/FinalResearchInternet-ES.pdf>
- Madrid Salud. Estudio de Uso Problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid. Instituto de Adicciones de Madrid Salud y Append Investigación de Mercados. Madrid, 2008. Disponible en:

http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Us_oProblematicoTIC.pdf

- Petry NM, Rehbein F, Ko C, O'Brien CP. Internet Gaming Disorder in the DSM-5. *Curr Psychiatry Rep.* 2015; 17(9):1-9
- Petry NM *et al.* An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction.* 2014 Sep; 109(9):1399-406
- Carbonell, X. La adicción a los videojuegos en el DSM-5. *Adicciones* 2014; 26: 91-5
- Chamorro A, Carbonell X, Manresa J.M., Muñoz R, Ortega R, López M.R., Batalla C, Torán P. El Cuestionario de Experiencias Relacionadas con los Videojuegos (CERV) un instrumento para detectar el uso problemático de videojuegos en adolescentes españoles. *Adicciones*, 2014: 26(4), 303-311

Capítulo 11.

PATOLOGÍA FRECUENTE EN LA ADOLESCENCIA

Pablo García Sardón, M^a José Martínez Vera,
M^a Ángeles Moreno Fontiveros

PUNTOS CLAVE

La obesidad infantojuvenil constituye un importante problema de salud en nuestro país siendo su prevención prioritaria.

La mayoría de los casos de escoliosis idiopática en adolescentes no requieren tratamiento

El origen orgánico del dolor abdominal crónico o recurrente no es frecuente en los adolescentes, pero debe mantenerse una adecuada vigilancia ante síntomas y signos de alarma de organicidad.

El asma constituye la primera causa de enfermedad crónica en la infancia y adolescencia, siendo fundamental el diagnóstico precoz.

El tratamiento farmacológico del asma se basará en la clasificación diagnóstica y de gravedad clínica, la edad del paciente, la sintomatología, las pruebas funcionales respiratorias y la habilidad y preferencias del paciente y/o cuidadores

1. Introducción

Durante la adolescencia, el individuo se desarrolla en todos los aspectos: físico, psicológico, social y emocional. La adolescencia es cuando el sujeto experimenta los mejores índices de salud y vitalidad que le permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzar una vida adulta plena. Sin embargo, esta capacidad vital se halla afectada en un número creciente de jóvenes, debido a múltiples problemas.

La patología del adolescente es muy variada y requiere un entrenamiento específico para realizar una adecuada atención. Actualmente, no existen datos rigurosos acerca de los problemas de salud de los adolescentes a nivel mundial. La OMS, en su documento *Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes*, hace especial énfasis en la dificultad de obtener datos veraces para cuantificar los comportamientos y los problemas de los adolescentes relacionados con la salud, así como para identificar los principales riesgos y los factores protectores, al ser dicha información inadecuada e insuficiente en la mayoría de los países.

A pesar de los escasos datos, la OMS afirma que existen distintas áreas fundamentales que requieren especial atención en la salud del adolescente por el impacto que tiene sobre el paciente, su familia y la sociedad: la salud mental, especialmente la depresión y el suicidio; la salud sexual y reproductiva; y el consumo de sustancias: alcohol, tabaco y otras drogas.

En España existen datos acerca de los factores de riesgo y causas de mortalidad en los adolescentes, pero la información es muy escasa acerca de los motivos de consulta reales de los

adolescentes. En 1995, McFarlene describió los problemas de salud más prevalentes en la adolescencia:

- **Causa de mortalidad:** accidentes, neoplasias y enfermedades del sistema nervioso.
- **Motivos de ingreso hospitalario:** en chicas el aborto y el parto y, en chicos, los traumatismos.
- **Patología menor (o banal)** prevalente: tos, catarro de vías altas, fiebre, enfermedades dermatológicas y asma.
- **Motivos de consulta** más prevalentes en Atención Primaria: enfermedades respiratorias, infecciones, parasitosis, alteraciones neurológicas y problemas dermatológicos.
- **Problemas mayores** a largo plazo: tabaquismo, consumo de drogas y alcohol, actividad sexual precoz y alteraciones psicopatológicas

En el anexo 1 se indican las patologías más frecuentes durante la adolescencia.

2. Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad como la epidemia del siglo XXI por las dimensiones que ha adquirido a lo largo de las últimas décadas y por su impacto sobre la morbimortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. La prevalencia de estos trastornos está experimentando un aumento progresivo en las últimas décadas, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En estos momentos hay el triple de personas obesas en el mundo de las que había en los años setenta del siglo pasado.

La obesidad es considerada por si sola una **enfermedad crónica**, y además es un importante factor de riesgo para el desarrollo de

otras enfermedades. Enfermedades como la HTA, cardiopatía isquémica, ictus, dislipemia, insuficiencia respiratoria, diabetes mellitus tipo 2, gota, neoplasias, infertilidad, problemas psicológicos (disminución de la autoestima, estigmatización y fracaso escolar), etc., tienen una mayor prevalencia en sujetos obesos.

Además de la preocupación existente en términos de salud pública, prevenir la obesidad también es importante para evitar una futura escalada de los costes en los servicios sanitarios. Diversos estudios señalan que el gasto médico anual de un adulto obeso es un 36% superior al de una persona con un peso recomendable, mientras que el gasto farmacológico es un 77% mayor.

La obesidad infantojuvenil constituye un importante problema de salud en nuestro país debido a su prevalencia ascendente, su persistencia en la edad adulta y su asociación con otras enfermedades; además del enorme impacto económico que supone. *La obesidad del adulto puede iniciarse a cualquier edad, pero existen argumentos a favor de que cuando ésta comienza en la niñez o en la adolescencia, tiende a perdurar toda la vida.* Incluso se relaciona una mayor intensidad del sobrepeso con un inicio más precoz. Esto se debe a que la mayor parte de los comportamientos alimentarios suelen quedar fijados en la infancia, situación que hace esta edad especialmente adecuada para la intervención educativa en el niño y en la familia.

Para el diagnóstico de la obesidad infantil y adolescente se deben realizar mediciones antropométricas: peso, talla y perímetro de la cintura.

El **Índice de Masa Corporal** ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$) es un parámetro útil que debe emplearse para el diagnóstico utilizando tablas de referencia internacionales de los valores de IMC para la edad y sexo (anexo 2). Se considera obesidad en el caso de que el IMC sea igual o superior al percentil 98 de las tablas de referencia. Se recomienda determinar periódicamente el IMC de los adolescentes, especialmente aquellos que presentan factores de riesgo para desarrollar obesidad y para su persistencia en la edad adulta:

- Obesidad de sus progenitores
- Nutrición: saltarse comidas, comer fuera de casa, atracones, consumo de bebidas y refrescos,..
- Actividad física: nunca ha practicado deporte, vida sedentaria,...
- Familias de bajo nivel cultural
- Hijos/as de familias inmigrantes.

Actualmente se considera que la **prevención de la obesidad** infantil y adolescente debe sustentarse en cuatro pilares: promoción de la lactancia materna, de la alimentación saludable, de la actividad física y la intervención enfocada a la familia.

La alimentación tiene un importante papel en la génesis de la obesidad y de otras enfermedades. Atención Primaria es el nivel asistencial más adecuado para ofrecer **consejos de alimentación** a los adolescentes y sus familias, que deben ser a las variables culturales y las perspectivas de género, de forma que las propuestas no constituyan una estigmatización. Es adecuado promover relaciones saludables en las que predomine el refuerzo de los aspectos positivos de cada persona. Algunos puntos importantes para recuperar la alimentación como fuente de salud son:

- Alimentación variada, que asegure un aporte calórico y de nutrientes adecuado.
- Favorecer la selección de alimentos variada y equilibrada, dando prioridad a frutas, verduras, hortalizas y cereales integrales.
- Limitar la ingesta diaria de sal y de grasas saturadas.
- Promoción del agua como bebida fundamental y necesaria.
- Fomentar el desayuno como una comida principal y evitar el “picoteo” no nutricional entre horas
- Favorecer que cada persona perciba y responda a las señales internas de hambre y saciedad.

La actividad sedentaria, favorecida por las actuales condiciones sociales, es uno de los factores contribuyentes al aumento de la prevalencia de la obesidad en todas las edades.

Por ello es primordial **fomentar la realización de actividad física regular** entre los jóvenes mediante por ejemplo la participación en actividades deportivas. La familia y el adolescente deben asumir el protagonismo en estos cambios para que se puedan obtener resultados.

- Explicar a padres y adolescentes las ventajas para la salud de la actividad física realizada de forma regular y recomendar su práctica.
- Aconsejar limitar el tiempo invertido en actividades sedentarias como ver la televisión, videojuegos,...
- Proponer que los menores no tengan televisión en su propio dormitorio.

El **tratamiento** de la obesidad infantil debe realizarse solamente ante el diagnóstico y con la colaboración de la familia del paciente adolescente. Existen diversas intervenciones:

- **Tratamiento dietético:** las recomendaciones se harán en positivo, preferiblemente por escrito, para incrementar el consumo de frutas, verduras y hortalizas frescas y restringir alimentos no recomendables (refrescos, zumos envasados, *snacks*, dulces industriales). El agua será la bebida principal y se disminuirán el tamaño de las porciones. Hay que evitar las restricciones dietéticas severas.
- **Actividad física:** es un complemento imprescindible de la dieta y debe de ser asumida de forma paulatina y adecuada al adolescente. Es bueno animar a desplazarse siempre que se pueda caminando o en bicicleta.
- **Evitar sedentarismo:** de forma activa, limitando el tiempo dedicado a la televisión, los juegos de ordenador y otros medios electrónicos (el teléfono móvil, entre otros).
- **Tratamientos conductuales:** se debe basar en conductas observables y realistas, involucrando a toda la familia. Existen instrumentos facilitadores como registros o diarios, pero no de cambios en el peso sino de logros positivos (como la realización de actividad física). El objetivo es lograr cambios de conducta mantenidos en el tiempo en cuanto a dieta y ejercicio físico.

En la página web www.lareddelasandia.org hay, a disposición de profesionales sanitarios, material para tratar y diagnosticar a pacientes obesos que pueden ser de utilidad, como cuestionarios de evaluación actividad física y de alimentación, cuestionarios para establecer objetivos, auto registros, etc.

Criterios de derivación a atención hospitalaria:

- Sospecha de alteración endocrinológica
- IMC > percentil 99,6.
- Síndrome metabólico en el adolescente
- Comorbilidades: esteatosis hepática, ovario poliquístico, apnea del sueño, ortopédicas,...
- Afectación psicológica
- Evidencia de alteración del comportamiento alimentario
- Necesidad de intervención farmacológica o quirúrgica
- Fracaso en los objetivos marcados en AP

3. Lesiones del aparato locomotor

3.1 Escoliosis

La escoliosis es una deformidad tridimensional del raquis, en la que se asocia una curvatura o flexión lateral (en el plano frontal) con una rotación vertebral en el plano transversal, y a veces con desviaciones en el plano sagital (cifosis y lordosis). La escoliosis está definida radiológicamente como una curvatura de la columna vertebral con un ángulo de Cobb de 10° o más y con rotación vertebral. La prevalencia es del 1,5-4% de la población y es más frecuente en mujeres.



El 90 % de las desviaciones de raquis son leves y sólo requieren observación. Una leve asimetría de tronco se detecta hasta en el 10% de la población y se considera dentro de lo normal; en estos casos hay que tranquilizar al paciente y evitar la palabra escoliosis.

El **diagnóstico** se inicia en la **anamnesis**, dado que la escoliosis no justifica el dolor a no ser que hablemos de desviaciones con valores angulares muy elevados. La incidencia de dolor de espalda en pacientes con escoliosis es la misma que en la población general. Si existe dolor hay que sospechar etiología secundaria como el osteoma osteoide, la discitis, la enfermedad de Pott o la hernia discal. Se recogerán los antecedentes familiares (hay un predominio familiar conocido) y los personales así como la aparición de menarquía que es muy importante para predecir el pronóstico (70% de las curvas premenárquicas son evolutivas).

La **exploración** es un aspecto esencial en el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con escoliosis. Incluye datos generales como peso, talla, clasificación según las tablas de Tanner, existencia de alteraciones cutáneas (para descartar, por ejemplo, neurofibromatosis o síndrome de Ehler-Danlos), examen neurológico básico y examen ortopédico de extremidades (valorando la presencia de hiperlaxitud articular o dismetría de miembros inferiores). La exploración de la espalda incluye la observación en bipedestación, la observación en inclinación anterior (maniobra de Adams) y la palpación de las apófisis espinosas. El examen específico de la columna incluye valoración de la movilidad y ritmo lumbo-pélvico.

El **examen radiológico** consiste en una telerradiografía pósterioanterior y lateral de columna vertebral en bipedestación

(en carga) para poder visualizar toda la columna y asimetría de caderas.

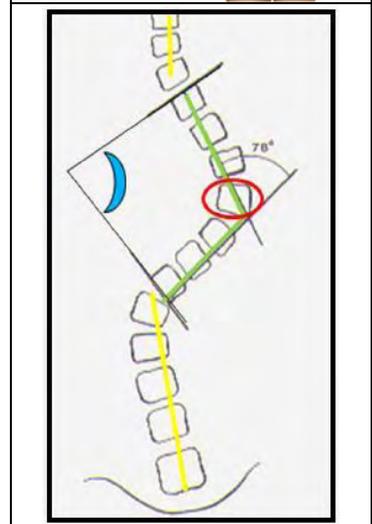
Se debe explorar al adolescente valorando los desniveles de cintura escapular y pélvica, la curvatura de la columna, el eje occipito-sacro (colocando una plomada desde la apófisis espinosa de C7 y determinando la distancia hasta el pliegue interglúteo).



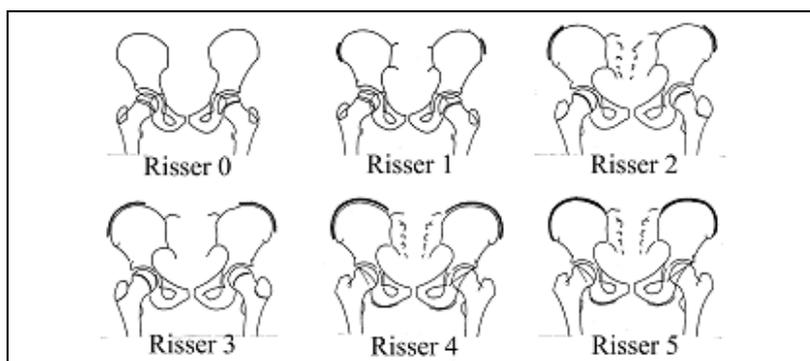
En la **maniobra de Adams** se comprueba la existencia de giba al realizar flexión de tronco con miembros superiores extendidos a modo de lanzarse a la piscina. Si la maniobra de Adams es negativa hay que pensar en actitud escoliótica.



Para la **medición del ángulo de Cobb**, se localiza la vertebra límite superior es aquella cuyo platillo superior presenta una mayor inclinación hacia la concavidad de la curva. La vertebra límite inferior es aquella cuyo platillo inferior presenta una mayor inclinación hacia la concavidad de la curva. Se traza una línea perpendicular a las líneas que pasan por ambas vértebras límites, y la intersección de ambas forma el ángulo a medir. La vertebra apical es la más lateral a la línea media y suele tener el mayor componente rotacional. Se considera escoliosis cuando la curvatura es superior a 11° .



El **tratamiento** debe orientarse en función de la edad del paciente, el tipo de curva, el riesgo de progresión y el valor angular esperado al final del crecimiento. La mayoría de los casos de escoliosis idiopática en adolescentes (ángulo de Cobb $<20^\circ$) no requieren tratamiento, pero se les debe hacer una revisión frecuente. La revisión periódica (cada 3-6 meses) del paciente mediante la exploración física y la radiología está indicada una vez iniciada la pubertad y hasta la madurez ósea (Risser 5). La edad ósea tiene valor pronóstico evolutivo determinado por el **Signo de Risser** (anexo 3). Éste divide en 5 estadios la excursión de la sombra que produce la epífisis iliaca hasta convertirse en apófisis iliaca durante el crecimiento.



Entre 21° y 40° , en un adolescente que aún está creciendo, se recomienda el uso de un **corsé** para ayudar a disminuir la progresión de la curva. El objetivo no es corregirla, sino detener la progresión. Con un Risser 4 en niñas y 5 en niños se debe retirar el corsé.

El **tratamiento quirúrgico** normalmente se reserva a jóvenes con desviaciones mayores de 40° y adultos con desviaciones mayores de 50° .

No está demostrado que la realización o no de deporte en estos pacientes altere de forma positiva ni negativa la evolución de la enfermedad. Las recomendaciones para la **práctica de deporte** son:

- Menos de 30º no restricción
- Mayor de 30º estimular las actividades deportivas con el corsé puesto.
- En paciente intervenido (fusión vertebral) y en la escoliosis congénita: evitar deportes de contacto y la gimnasia deportiva

3.2 Enfermedad de Osgood-Schlatter

Se produce por traumatismos repetidos del tendón rotuliano sobre el núcleo de osificación de la tuberosidad tibial anterior (pequeña cresta ósea presente en la parte superior de la espinilla). Se produce en alrededor del 1% de los adolescentes, siendo más frecuente en los que practican deportes.

El dolor aumenta con la carrera, el salto, subir o bajar escaleras o ponerse de rodillas. El **diagnóstico** se hace mediante la exploración física, al existir un dolor muy característico, ocasionalmente acompañado de inflamación, en la inserción del tendón rotuliano en la tibia. No es necesario obtener radiografías. Si se hacen por otro motivo pueden ser normales o poner de manifiesto pequeños fragmentos de hueso en la tuberosidad anterior (ver anexo 3). El **tratamiento** se basa en adaptar su nivel de actividad física de manera que no presenten dolor, aplicando frío después de practicar deportes, o recurriendo al reposo relativo. El proceso desaparece con la edad.

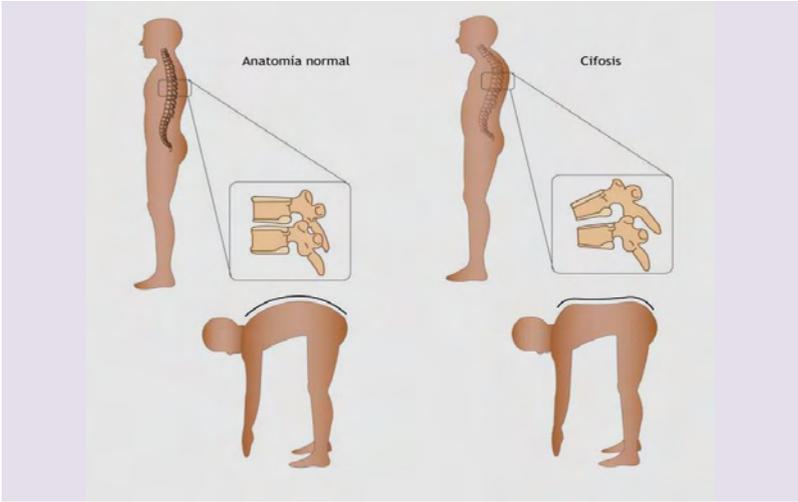
3.3 Enfermedad de Freiberg

Se trata de una osteonecrosis de la cabeza del segundo metatarsiano del pie. Su causa es probablemente traumática. Es infrecuente y casi todos los casos se producen en niñas. El dolor aumenta con la actividad física. La exploración muestra dolor en la cabeza del segundo metatarsiano y, ocasionalmente, inflamación. El **diagnóstico** se confirma con radiografías (anexo 3), aunque puede ser necesario que pasen hasta dos semanas desde el inicio de los síntomas para que los cambios sean apreciables. El **tratamiento** se basa en el reposo y en la utilización de plantillas.

3.3 Enfermedad de Scheuermann

La enfermedad de Scheuermann o “cifosis juvenil” es una osteonecrosis de la apófisis anular de los cuerpos vertebrales. Es más frecuente en varones adolescentes. La mayoría de los niños con esta enfermedad presentan una mala postura, con o sin dolor de espalda. El dolor se relaciona con la actividad física y mejora con el reposo.

El **diagnóstico** se sospecha por la exploración física (angulación en la espalda) y se confirma con estudios radiológicos (anexo 3). Para ser considerada una enfermedad de Scheuermann el niño tiene que tener irregularidades en los platillos vertebrales con un acuñaamiento anterior de 5º en al menos 3 vértebras consecutivas. La enfermedad de Scheuermann habitualmente no requiere **tratamiento** aparte de ajustar su nivel de actividad física y observación. En casos muy severos puede ser necesario el utilizar un corsé ortopédico.



4. Dolor abdominal crónico

El dolor abdominal como síntoma tiene una importancia considerable dentro de una consulta de Atención Primaria, no sólo por su frecuencia sino también por la ansiedad que genera en la familia, que pide un diagnóstico y un tratamiento para el mismo. Son muchas las patologías que pueden cursar con dolor abdominal prolongado en el tiempo, y, por ello, un adolescente con dolor abdominal crónico se convierte en un reto para el médico de familia que, partiendo de una historia clínica, exploración física y las pruebas complementarias necesarias, deberá llegar a un diagnóstico

Se ha definido de forma clásica el *dolor abdominal recurrente como aquel que se presenta en el paciente con una intensidad suficiente como para interferir en su actividad, con tres o más episodios en un periodo superior o igual a tres meses*. Esta definición ha sido aceptada unánimemente para la orientación del dolor abdominal. Sin embargo, pese a ser tan sólo un término descriptivo, se utiliza como sinónimo de dolor de etiología no orgánica. Por ello, en la actualidad, se prefiere hablar de **dolor abdominal crónico (DAC)**, que incluye tanto el dolor de origen orgánico como el funcional.

Se debe considerar como DAC cuando la *duración es mayor de un mes*, pues así se excluyen trastornos banales y abdominalgias agudas. Si bien la incidencia exacta es difícil de precisar, distintos estudios estiman que el DAC afecta del 10 al 20% de la población infantil y adolescente, e incluso podría aumentar si se contabilizaran aquellos pacientes que no consultan. A partir de los 9 años es más frecuente en niñas (proporción 1,5:1).

A menudo genera absentismo escolar por la ansiedad que provoca en el niño y, sobre todo, en sus familiares. La demanda asistencial subsiguiente supone un elevado gasto en recursos económicos y humanos. Además, existen datos preliminares en estudios a largo plazo que indican que los niños con DAC presentan mayor riesgo de alteraciones psicológicas y migrañas en la edad adulta

Fisiopatología. Tradicionalmente se ha tendido a separar (de manera excluyente) las causas del DAC entre orgánicas y funcionales. En verdad, una gran mayoría de los adolescentes afectados por DAC (85-95%) no presentan evidencia de trastorno orgánico y, mayoritariamente, sus episodios de dolor están

claramente relacionados con el estrés, tanto escolar como familiar.

Sin embargo, el hacer esta distinción tan tajante puede ser una simplificación del problema. Algunos autores han propuesto una clasificación diferente (Tabla1) basándose en el hecho de que el término *funcional* no significa necesariamente *psicogénico* y han acuñado el término *disfuncional* para referirse a determinadas entidades que, sin involucrar un daño orgánico, representan una alteración de la función normal de ciertos órganos (constipación, dismenorrea, etc.).

Clasificación del dolor abdominal crónico	
Categoría	Ejemplos
Psicogénico	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia Escolar • Reacción de Adaptación • Depresión
Disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia a Lactosa • Constipación • Dismenorrea
Orgánico	<ul style="list-style-type: none"> • Esofagitis • Úlcera Péptica • Infección Urinaria • Litiasis Biliar • Enfermedad Inflamatoria Intestinal • Enteroparasitosis (Ascaridiasis, Giardiasis...) • Porfiria • Malrotación Intestinal • Obstrucción Intestinal Recurrente • Pancreatitis • Litiasis del Árbol Urinario • Dolor Músculo-esquelético referido

Es probable que el DAC provenga de una alteración de la motilidad intestinal, secundaria a hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Posiblemente algunos niños y adolescentes sean exageradamente sensibles a señales corporales dolorosas; otros transmitirán en forma excesiva su percepción de sensaciones consideradas como normales por la mayoría. Tales características de los pacientes pueden ser adquiridas genéticamente o ser aprendidas de modelos familiares. Los síntomas pueden perpetuarse a causa de ganancias secundarias o por la excesiva ansiedad manifestada por los padres.

El pilar fundamental en el **diagnóstico** del DAC lo constituye la historia clínica, que debe ser tomada en forma exhaustiva, y con objetivos bien definidos. El médico debe establecer una hipótesis diagnóstica sin prisa, después de haber valorado todos los elementos implicados mediante una historia clínica exhaustiva que investigue factores orgánicos y psicoemocionales, así como una exploración física orientada. Los criterios diagnósticos ROMA II se exponen en el anexo 4.

Anamnesis

- Antecedentes familiares: enfermedades crónicas, en especial digestivas y psiquiátricas.
- Antecedentes médicos, quirúrgicos y psicosociales del niño.
- Características del dolor:
 - forma del dolor: constante/intermitente, fijo/cambiante.
 - forma de comienzo (brusco/gradual), horario y duración de los episodios.
 - intensidad: repercusión sobre la vida habitual (absentismo escolar).
 - tiempo de evolución, frecuencia y tendencia a disminuir o aumentar.
 - localización e irradiación.

- alivio o empeoramiento del dolor en relación con defecación, ventoso o vómitos; ingesta en general, algún alimento en particular; postura; emociones...
- Presencia de síntomas asociados:
 - Signos vegetativos: palidez, náuseas, sudoración.
 - Vómitos y sus características.
 - Pirosis.
 - Alteraciones del ritmo intestinal. Características de las heces.
 - Sangrado rectal.
 - Anorexia, rechazo de algún alimento en particular.
 - Estado nutricional. Pérdida de peso.
 - Repercusión sobre el estado general.
 - Presencia de fiebre.
 - Síntomas genito-urinarios.
 - Cefalea y síntomas neurosensoriales.
 - Aftas y dermatopatías.
- Hábitos alimentarios.
- Aspectos psicosociales:
 - Carácter del niño.
 - Comportamiento del niño y de su familia.
 - Hábitos de sueño
 - Conducta en la escuela.
 - Respuesta del niño y de su familia.
 - Limitaciones y desventajas derivadas del dolor.
 - Beneficios y posibles ganancias secundarias atribuibles al dolor.

Exploración física (con especial atención a)

- Antropometría.
- Estado nutricional y coloración (ictericia, palidez).
- Abdomen: distensión, timpanismo, zonas dolorosas, presencia de masas o visceromegalias, restos fecales.
- Exploración rectal: fisuras, úlceras perianales, contenido de la ampolla rectal tras tacto rectal.

Es importante valorar la presencia de síntomas y signos de alarma (cuya presencia puede hacer sospechar un origen orgánico y la necesidad de estudios complementarios), los indicadores de origen funcional y los factores de riesgo psicológico.

Síntomas y signos de alarma

Anamnesis

Dolor no periumbilical, asimétrico o irradiado.
Pérdida de peso.
Presencia de sangre en heces
Vómitos significativos
Diarrea crónica
Presencia de fiebre
Dolor nocturno que despierta al niño
Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal y/o úlcus

Exploración física

Evidencia de pérdida de peso o desnutrición
Visceromegalias
Palpación de masas
Úlcera perirrectal o fisura anal
Tacto rectal doloroso o restos de sangre

Indicadores de DAC de origen funcional

Dolor cólico de comienzo insidioso o gradual.
Localización mesogástrica o periumbilical.
No relacionado con las comidas.
Capaz de interrumpir la actividad o dificultar el sueño pero que no le despierta.
Desencadenado por acontecimientos estresantes.
Puede estar acompañado de síntomas vegetativos.
Antecedente de cólico infantil, aerofagia, pequeños trastornos digestivos en el primer año de vida

Indicadores de DAC de origen psicógeno

Asociación del inicio, gravedad, exacerbación o persistencia del dolor con factores psicológicos.

Hiperfrecuentación de consultas médicas.

Absentismo escolar. Problemas de aprendizaje. Restricción de la actividad habitual.

Riesgo social.

Comorbilidad psiquiátrica.

Historia familiar de trastornos somatomorfos.

Refuerzo familiar del síntoma. Ganancias secundarias.

Mejoría del síntoma con tratamiento psicológico.

Exploraciones complementarias

Dolor abdominal tipo dispepsia: analítica de sangre (hemograma, VSG, PCR, bioquímica básica con perfil hepático, amilasa y lipasa) y sangre oculta en heces

Dolor abdominal no dispéptico con y sin alteración del ritmo intestinal: analítica de sangre, sedimento de orina, sangre oculta y parásitos en heces.

- Rx de abdomen cuando exista sospecha de estreñimiento por la anamnesis y la exploración física no son concluyentes.
- Ecografía abdominal ante la sospecha de patología pancreatobiliar o síntomas genitourinarios.

Estas pruebas deben permitir descartar o confirmar patología pancreática, enfermedad hepatobiliar, úlcera péptica, enfermedad infecciosa o inflamatoria intestinal, retención fecal, patología biliar, patología renal y patología ovárica, así como otras causas metabólicas de dolor abdominal. Puede ser precisa

la ayuda de otros profesionales (digestivo, salud mental) para confirmar el diagnóstico.

El **tratamiento** tiene como objetivo principal la recuperación de la actividad habitual normal del paciente más que la desaparición del dolor. Para ello, la primera tarea es explicar al adolescente y su familia el concepto de “dolor funcional” y dejar bien establecido que, aunque no se encuentre un origen físico, el dolor no es imaginario ni inventado sino indudablemente real. Se debe alentar a realizar sus actividades y continuar con la asistencia escolar lo máximo posible y no hay que preguntarle por el dolor si él no lo refiere.

Hay que abordar las dudas, ansiedades y reacciones de los padres ante el dolor, y contener los miedos y preocupaciones. Se tratarán de evitar aquellos desencadenantes y refuerzos del problema que hayamos identificado. En este sentido hay que pensar y valorar cuidadosamente la conveniencia de indicar un tratamiento empírico de alivio sintomático que pueda actuar como refuerzo del síntoma. Cuando existen indicadores de riesgo psicológico hay que considerar la terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado su utilidad en estos casos.

El uso de *dietas ricas en fibra* en el tratamiento del DAC funcional es controvertido y los beneficios obtenidos con la administración de suplementos de fibra no son significativos. Además, su uso excesivo puede provocar un aumento del gas intestinal y la consiguiente distensión abdominal que incrementa el cuadro doloroso. Sin embargo, un aporte adecuado de fibra en la dieta es necesario, junto con otras medidas, en el tratamiento del estreñimiento.

De manera general, debe evitarse la ingesta excesiva de lácteos, almidones, bebidas carbonatadas y con cafeína, productos que contienen sorbitol (chicles, caramelos, etc.). Una *dieta hipograsa* puede mejorar los síntomas, sobre todo en aquellos pacientes que presentan náuseas y meteorismo abdominal superior.

No hay tampoco evidencia científica del beneficio de la *dieta sin lactosa* en el DAC de la infancia, aunque empíricamente se recomienda la restricción de lactosa en aquellos pacientes que refieren síntomas relacionados con la ingesta de lácteos. La intolerancia a la lactosa debería confirmarse con la realización de un test de hidrógeno espirado con lactosa.

La utilización de **antagonistas de los receptores de la histamina** puede ser útil en los pacientes con síntomas dispépticos. Se deben reservar los **inhibidores de la bomba de protones** para las esofagitis o la enfermedad gastroduodenal comprobada. Los pacientes que tienen síntomas de dismotilidad (náuseas, vómitos, saciedad precoz y meteorismo) pueden tratarse con **procinéticos** de forma empírica ya que no hay suficientes datos científicos que avalen este tratamiento. No hay evidencia que justifique tampoco el tratamiento prolongado con anticolinérgicos antiespasmódicos o anticonvulsivantes

5. Patologías de la piel

5.1 Acné

El acné es un trastorno de la unidad pilosebácea, de aparición preferente en la adolescencia, aunque no exclusivamente, y autolimitado, aunque alrededor de un 3% de los varones y un 4% de las mujeres presentan acné a los 40 años y así mismo existe una variante de acné en el recién nacido y un acné infantil entre los 3 y 6 meses de edad. En la mayor parte de los casos existen lesiones diversas (comedones, pápulas, pústulas, quistes...), por lo que se llama acné polimorfo. Algunas lesiones van a dar lugar en su evolución a cicatrices que pueden persistir toda la vida.

Dado lo frecuente de la afección ha habido quien lo ha denominado fisiológico, pero tanto la perturbación cutánea que produce desde lesiones mínimas (comedones o puntos negros) hasta lesiones graves y profundas (como el acné abscesiforme), como el trastorno psicológico que implica en muchas ocasiones, nos lleva a concluir que se trata, sin duda, de una enfermedad, con una gran variabilidad en cuanto a su clínica y gravedad y que como cualquier enfermedad tiene una causa, unos síntomas, un pronóstico y un tratamiento.

Etiología. Entre los múltiples factores que parecen influir en la aparición del acné, hay cuatro que son determinantes en su patogenia:

- 1.-Hiperproliferación epidérmica folicular
- 2.-Exceso de producción de sebo
- 3.-Inflamación
- 4.-Presencia y actividad de *Propionibacterium acnes*

Hay un exceso de células en la salida del folículo, se forma un tapón, se acumulan queratina, sebo y bacterias en el folículo y se forma el microcomedón. En este paso uno de los factores importantes que desencadenarían el proceso son los andrógenos. Estas hormonas también influyen en el aumento de la producción de sebo y su actividad es mayor en la cara el tórax y la espalda, que son las zonas donde se localiza el acné. Los triglicéridos del sebo degradados a ácidos grasos libres por el *Propionibacterium acnes*, promueven un aumento de estas bacterias, favorecen la inflamación y la formación de comedones. Por otra parte cuando el folículo se llena con queratina, sebo y bacterias, puede llegar a romperse y al pasar su contenido a la dermis, se incrementa la inflamación, dando lugar a la evolución de las distintas lesiones.

No hay datos que permitan considerar esta enfermedad como hereditaria, aunque sí se aprecia que determinados factores familiares pueden predisponer a padecer el acné. En cambio, el incremento de hormonas androgénicas en la pubertad es un factor determinante en los eventos que originan el acné. Sin embargo, los adolescentes afectos presentan niveles de testosterona elevados pero sin sobrepasar los límites de normalidad, salvo en los casos de acné quístico grave y en acné asociado a diversos trastornos endocrinos (como el ovario poliquístico).

Se debe iniciar **tratamiento** en todos los casos. Dentro de los casos muy leves, tanto el impacto físico de la enfermedad como el psicológico pueden ser factores que sugieran el inicio de un tratamiento. Pese al curso autoinvolutivo del acné, los trastornos estéticos que produce pueden ser muy importantes, pudiendo además acarrear posibles secuelas cicatriciales. Además, el acné aparece preferentemente durante la pubertad, un momento crucial en el desarrollo de la personalidad donde el aspecto físico

puede derivar en una pérdida importante de la autoestima y condicionar problemas psicológicos importantes.

La terapia del acné comprende:

- Higiene adecuada.
- Agentes tópicos: peróxido de benzoilo, ácido azelaico, antibióticos (eritromicina y clindamicina) y retinoides (tretinoína, adapaleno, tazaroteno).
- Terapia sistémica: antibióticos orales, anticonceptivos (preparados con etinilestradiol y gestágenos de última generación), antiandrógenos (espironolactona, acetato de ciproterona) e isotretinoína.
- En cuanto a la dieta se discute si la restricción de grasas es útil. Es importante hacer una dieta variada y equilibrada y evitar dietas desviadas.
- Fototerapia y láseres: es conocido el efecto beneficioso en general de la exposición solar en verano, en los pacientes con acné. A parte de ello se investigan otras fuentes lumínicas, entre ellas diversos tipos de láser y se han conseguido mejoras, aunque hoy por hoy, estos tratamientos son económicamente prohibitivos.

5.2 Tatuajes y perforaciones

Los tatuajes son prácticas que datan desde el neolítico en el caso de los tatuajes y se conocen ejemplos de indígenas americanos de la era precolombina con perforaciones. El origen de la palabra tatuaje derivaría de la práctica polinésica de crear un dibujo sobre la piel por medio del golpeteo de un hueso contra otro con el consiguiente sonido «tau-tau». En latín, tatuaje significa estigma o marca. Hoy en día los tatuajes y perforaciones son

considerados ornamentos de moda, arte corporal, fijación de la personalidad y atracción sexual, y constituyen una realidad social. En los últimos años han aumentado en la sociedad occidental y de una forma más notable entre la población adolescente. Se estima que 10% a 16% de los jóvenes entre 12 y 18 años y, el 3% a 8% de la población general tienen tatuajes.

Consisten en la inserción de un pigmento insoluble dentro o debajo de la piel, mediante inyección directa del pigmento con aguja. El pigmento más usado es el carbón (grafito), además de pigmentos biológicos y extractos de plantas y óxidos minerales (ocre). La inserción del pigmento en la piel desencadena una respuesta inflamatoria, que se manifiesta como descamación inicial de la epidermis e inflamación de la dermis. El pigmento es fagocitado como cuerpo extraño por macrófagos de la dermis, y posteriormente drena gran parte hacia los ganglios linfáticos, quedando un residuo en los macrófagos. Otro tipo de tatuajes son los de henna, también llamados temporales, porque duran aproximadamente dos semanas, y a diferencia de los otros tatuajes, no se utilizan agujas ni otros objetos para perforar la piel.

Las perforaciones se realizan en tejidos blandos como pabellón auricular, labios, lengua, cejas, ombligo u otra parte del cuerpo, mediante agujas o catéteres de distintos calibres, que permiten insertar el elemento ornamental. Éste es generalmente metálico, y puede ser de níquel o plata, aunque los más utilizados actualmente son acero quirúrgico, niobio y titanio.

Esta descrita la asociación entre tatuajes y perforaciones con infección por virus hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), VIH y sífilis. Otro punto importante son las complicaciones médicas reportadas como consecuencia de tatuajes y perforaciones, entre

las que se encuentran infecciones bacterianas, sangrado, desgarros de tejidos, reacciones de hipersensibilidad, cicatrices y lesiones orales y dentales, que motivan la consulta al especialista.

Los adolescentes deben ser informados en qué consiste un tatuaje, sus riesgos y su perpetuidad (es una marca permanente). Se deben indicar y recomendar, en caso de que sea una decisión conformada, los lugares más apropiados en los que deben realizarlo, cumpliendo las medidas de higiene y asepticidad adecuadas.

6. Alteraciones menstruales

El comienzo y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro con un amplio rango de normalidad entre los 8 y los 17 años. Actualmente la edad media del inicio de la pubertad en la niñas es entre los 10 y los 13 años (media 11 ± 1 año), y en los niños entre los 11 y los 14 años (media 12 ± 1 año). Todo el proceso puberal dura entre 4 y 5 años.

El **ciclo menstrual normal** se divide en tres fases: la folicular, la ovulatoria y la lútea. Para que los ciclos menstruales sean normales se requiere de lo siguiente:

Integridad del eje hipotálamo-hipófisis-gónada
Ovarios normales
Endometrio capaz de responder a esteroides ováricos
Funciones adrenal y tiroidea normales.

En la población general, la primera menstruación (**menarquia**) se presenta habitualmente entre los 11 y los 14 años de edad. Desde el punto de vista del desarrollo puberal, la forma de evaluar la normalidad de aparición de la menarquía es que sea dos

a tres años después de la telarquía (inicio del desarrollo mamario). El ciclo menstrual normal se establece, en promedio, a los seis años de edad ginecológica, lo cual corresponde a una edad cronológica de 18 a 20 años aproximadamente. Por lo general, los primeros ciclos menstruales de las adolescentes son irregulares. Esto se relaciona con el hecho de que durante el primer año de edad ginecológica cerca de 50% de los ciclos son anovulatorios. Conforme avanza la edad, la proporción de ciclos ovulatorios incrementa.

Para evaluar a las adolescentes con trastornos menstruales es imprescindible una correcta **historia clínica** que incluya la secuencia, la edad de inicio y la progresión del desarrollo puberal y del inicio de la vida sexual activa. Se debe poner especial énfasis en conocer la edad de la menarquía y el comportamiento del patrón menstrual. Merecen especial atención los antecedentes familiares ya que podrían orientar hacia alguna enfermedad subyacente y la exploración física.

Las alteraciones menstruales se refieren a cualquier trastorno en el ritmo, frecuencia, cantidad o duración del ciclo menstrual; las alteraciones pueden ser únicas o combinadas, es decir, que se presente más de una anomalía.

Alteraciones del ritmo

Polimenorrea. Menstruaciones más frecuentes, a intervalos menores de 21 días, y siempre después de la ovulación.

Oligomenorrea. Menstruaciones con intervalos de 35 a 90 días.

Metrorragia. Sangrado acíclico que se presenta de manera irregular entre los periodos menstruales normales

Alteraciones de la cantidad

Hipomenorrea. Menstruación escasa (sangrado menor de 30 mL) que se presenta como gotas y con duración de dos días o menos.

Hipermenorrea. Menstruación abundante (mayor de 80 mL), cuya duración puede ser de siete días o más.

Sangrado uterino disfuncional

Sangrado uterino anormal, entendido como cualquier tipo de trastorno menstrual en ausencia de alguna afección estructural o por enfermedad subyacente. En la adolescencia, su prevalencia es de alrededor de 20%.

Amenorrea

Ausencia de menstruación o suspensión anormal de la misma; en adolescentes. La causa más frecuente de amenorrea es el embarazo; por esta razón, una vez que se ha descartado el embarazo, se deben buscar otras causas. En pacientes adolescentes y de manera práctica, es necesario determinar inicialmente si la amenorrea es *primaria* (ausencia de menstruación a la edad de 16 años en adolescentes que presentan un desarrollo puberal normal) o *secundaria* (paciente que previamente había tenido ciclos menstruales, ya no los presenta).

Dismenorrea

Es un motivo frecuente de consulta ginecológica en la adolescencia. Representa un síndrome caracterizado por dolor

abdominal bajo tipo cólico y cíclico durante los primeros días de la menstruación. Esta condición tiene un margen amplio en su severidad, por lo que las implicaciones médicas y psicosociales pueden llegar a ser significativas. Se clasifica en dismenorrea *primaria* (dolor durante la menstruación en ausencia de cualquier alteración pélvica u hormonal) y en dismenorrea *secundaria* (es causada por algún trastorno subyacente, como quistes de ovario o endometriosis debida a malformaciones anatómicas genitales).

7. Ginecomastia

La ginecomastia es un *aumento del tamaño de una o de las dos mamas en el hombre*. Existen tres mecanismos fundamentales que conducen a ginecomastia:

1. deficiencia de producción o acción de la testosterona (con o sin aumento secundario de los estrógenos);
2. aumento de la producción de estrógenos;
3. y administración de ciertos fármacos.

En la pubertad tiene una prevalencia del 50-60%. Suele ser transitoria por el aumento transitorio de estrógenos en esta edad. En las primeras fases de la pubertad la testosterona se secreta por el testículo en picos nocturnos, mientras que la aromatización de los andrógenos suprarrenales se lleva a cabo durante todo el día produciendo un desequilibrio durante gran parte del tiempo que podría explicar la ginecomastia puberal. La media de edad de presentación es de 14 años y el inicio suele ser unilateral y, cuando es bilateral, la afectación suele ser asimétrica. Con frecuencia la mama es dolorosa. Tarda en regresar entre 18 meses y 3 años. A los 20 años solo un número muy escaso de hombres muestra ginecomastia. No existe consenso sobre el tamaño a partir del cual se debe considerar la

ginecomastia, siendo de 0,5 cm de diámetro para algunos (difícil de detectar en un examen general) y de 2 cm para otros.

Etiología. Las principales causas de ginecomastia son las siguientes:

- Neoplasias secretoras de estrógenos o sus precursores: tumores de células de Leydig o Sertoli, tumores adrenales, tumores testiculares secretores de BHCG;
- Aumento de la aromatización periférica de andrógenos a estrógenos: obesidad, síndrome de Klinefelter, tumores adrenales feminizantes;
- Fallo de la función gonadal: síndrome de Klinefelter, orquitis, castración, traumatismos, infecciones virales, enfermedad hipofisaria o hipotalámica;
- Síndromes de resistencia androgénica: feminización testicular, síndrome de Reifenstein (ausencia congénita de receptores androgénicos).
- Inducida por fármacos.

1. Hormonas y antihormonas: Estrógenos y progesterona, andrógenos, antiandrógenos (ciproterona y flutamida), clomifeno, corticoides, gonadotropina coriónica, hormona de crecimiento, insulina.
2. Antituberculosos: Etionamida, hidracinas, tiacetazona.
3. Acción sobre el sistema nervioso: Anfetaminas; antidepresivos tricíclicos, diazepam, fenotiacinas, haloperidol, heroína, marihuana, metadona, metildopa, metoclopramida, sulpirida.
4. Antiulcerosos: Cimetidina, ranitidina, omeprazol.
5. Antitumorales: Agentes alquilantes, Ciclofosfamida, bleomicina, busulfán, cisplatino, clorambucilo, finasterida, dutasterida, metotrexato, nitrosureas, Op'DDD, procarbacin, vincristina.
6. Antimicóticos: Ketoconazol.
7. Antibióticos: Metronidazol.
8. Cardiovascular: Amiodarona, captopril, digital, diltiazem, enalapril, espironolactona, metildopa, nifedipino, reserpina, teofilina, verapamilo.
9. Otros: Alcohol, ginseng, penicilamina, sulindac, vitamina D.

Diagnóstico. Es importante la entrevista clínica en la que se recojan la historia clínica del paciente y el examen físico. Si es secundaria al uso de fármacos, hay que destacar que no siempre es bilateral y simétrica; puede encontrarse únicamente aumento del tamaño de una de las mamas y en el caso de que sea bilateral suele ser asimétrica. Si se sospecha ginecomastia patológica se debe solicitar un estudio analítico con los siguientes valores: función renal (creatinina, filtrado glomerular), enzimas hepáticas, función tiroidea (TSH, T4, T3), testosterona total y libre, LH y FSH, estradiol, prolactina y β HCG.

Diagnóstico diferencial

	Ginecomastia puberal	Ginecomastia patológica
Inicio	Edad puberal	Cualquier edad
Hª familiar	Transitoria	Permanente
Fármacos	No	Sí
Enf. Crónica	No	Malnutrición, enfermedad renal o hepática
Inicio pubertad	Normal, previo a la ginecomastia	Precoz o tras la ginecomastia
Mama	Disco centrado, no adherido	Dura, asimétrica, adherida, con secreción, dolor importante
Genitales	Normales	Hipogonadismo, criptorquidia, testes pequeños, hipospadias

El **tratamiento** de la ginecomastia depende de la causa subyacente. En la mayoría de los casos la ginecomastia es transitoria y no precisa tratamiento alguno. Una vez suspendido el uso de fármacos las mamas deben volver a la normalidad.

La ginecomastia en la pubertad se resuelve espontáneamente, de forma natural, en la mayoría de los casos. El paciente debe acudir a la consulta cada 3-6 meses para el control del tamaño de las mamas en cada visita. La mayoría de los pacientes no precisan tratamiento alguno, únicamente revisiones periódicas. Aquellos en los que la evolución no es satisfactoria, presentan alteraciones en las pruebas complementarias solicitadas o la ginecomastia les supone un problema psicológico importante serán derivados a un segundo nivel para valorar las distintas opciones terapéuticas, tanto farmacológicas como quirúrgicas, según el caso. Si persiste y se asocia con dolor o produce trastornos psicológicos, puede plantearse tratamiento, tanto farmacológico como quirúrgico.

Fármacos: antiestrógenos (clomifeno, tamoxifeno), andrógenos (danazol) e inhibidores de la aromatasa.

Cirugía: en la ginecomastia puberal debe posponerse hasta el final de la pubertad para minimizar las posibilidades de que el tejido vuelva a crecer. El tratamiento quirúrgico será necesario en las ginecomastias de más de 6 cm o más de 4 años de evolución, o bien cuando se ha vuelto firme por fibrosis o hialinización

8. Hirsutismo y virilización

El **hirsutismo** se define como crecimiento de pelo terminal en la mujer, en áreas de distribución típicamente masculinas (labio superior, tórax, abdomen, superficie anterior de mus- los, etc.). Se debe diferenciar de **hipertrichosis**, que se describe como el crecimiento, por encima de la media, de vello en zonas no dependientes de andrógenos. Cuando el hirsutismo se acompaña de otros signos, como clitoromegalia, voz grave, pérdida del contorno corporal femenino, etc., hablamos de **virilización**, que siempre viene provocado por un aumento en la producción de

andrógenos.

Las situaciones que con mayor frecuencia predisponen a un cuadro de hirsutismo son las que llevan asociadas una elevación en la producción de andrógenos, tales como la pubertad, tras un período de aumento de peso o tras el cese de la toma de anticonceptivos orales, aunque la mayoría de las mujeres con hirsutismo tiene también aumentada la sensibilidad a andrógenos a nivel cutáneo.

Etiología.

Adrenal: Hiperplasia adrenal congénita ; Déficit de 21-hidroxilasa ; Déficit de 11-hidroxilasa ; Déficit de 3-beta-hidroxiesteroide-deshidrogenasa; Síndrome de Cushing ; Tumores adrenales secretores de andrógenos

Ovárica: Síndrome de ovarios poliquísticos ; Hipertecosis ; Grave resistencia a la insulina; Tumores ováricos productores de andrógenos

Combinada adrenal y ovárica: Síndrome de ovarios poliquísticos asociado a hiperfunción adrenal

Causa farmacológica: Uso de esteroides anabolizantes por vía oral ; Tras el cese del consumo de anticonceptivos por vía oral

No se identifica la causa: Hirsutismo idiopático

El **diagnóstico** se realiza mediante una adecuada elaboración de la historia clínica, recogiendo el inicio del cuadro, los fármacos utilizados y las posibles alteraciones menstruales.

Dentro de la exploración física se deben recoger los signos de hirsutismo y de virilización tales como clitoromegalía, incremento de la masa muscular y/o cambio de la voz hacia tonos más graves, entre otros. Hay que examinar la distribución de la grasa corporal y explorar las mamas en busca de la presencia de galactorrea.

Si el hirsutismo es leve, estable o lentamente progresivo, de larga evolución y sin alteraciones del ciclo menstrual asociadas, no serán necesarias más pruebas, puesto que el resultado no va a cambiar nuestra actitud terapéutica. Tampoco serán necesarias si se trata de un hirsutismo iatrógeno o si es un signo relacionado con un cuadro endocrinológico específico. En caso contrario, y como paso inicial, se pedirán valores de testosterona total, 17-OH-progesterona y sulfato de dehidroepiandrosterona (S-DHEA) en plasma (ver protocolo diagnóstico en el anexo 5).

Tratamiento.

Supresión hormonal: inhibición de la esteroidogénesis ovárica (anticonceptivos hormonales, análogos de la GnRH), inhibición de la acción androgénica periférica (acetato de ciproterona, espironolactona, flutamida, finasterida).

Métodos físicos: depilación transitoria (cremas tópicas, rasurado), depilación permanente (electrólisis), decoloración.

9. Asma bronquial

El asma constituye la primera causa de enfermedad crónica en la infancia y adolescencia y limita la calidad de vida de un elevado número de niños y sus familias. Es un problema mayor de salud pública, que representa una enorme carga para la familia y la sociedad, con una amplia repercusión sobre la asistencia sanitaria, que genera visitas a Atención Primaria, a los Servicios de Urgencias e ingresos hospitalarios.

La **prevalencia** de **asma activa** en España, según los datos obtenidos del estudio ISAAC, es de un 9% en los niños de 13-14 años y del 10% en los niños de 6-7 años. Esta prevalencia ha

permanecido constante entre 1994 y 2002 en los niños mayores, mientras que ha aumentado (de 7% a 10%) en los niños de 6-7 años, hecho que no se ha observado en otros países. Hay mayor prevalencia de asma en las zonas costeras que en las zonas de interior de la península.

Se trata de una enfermedad crónica de las vías respiratorias distales, consecuencia de la compleja interacción entre la inflamación, la obstrucción variable del flujo de aire y la hiperreactividad bronquial. Su **diagnóstico** en la infancia y adolescencia es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de síntomas respiratorios (tos, sibilantes, disnea o/y opresión torácica) episódicos o persistentes, que pueden exacerbarse dando lugar a crisis asmáticas debido a factores desencadenantes como el ejercicio, infecciones virales, la exposición a alérgenos y al tabaco

El objetivo del diagnóstico precoz del asma y la instauración de tratamiento es limitar la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, impedir el deterioro de la función pulmonar, prevenir la muerte por asma y mantener la calidad de vida adecuada del adolescente y su familia. Se basa en cinco pilares fundamentales:

1. **Diagnóstico clínico:** El asma puede ser diagnosticada por los síntomas presentes en la historia clínica y/o los signos de la exploración física
2. **Diagnóstico funcional:** La medida de la función pulmonar con demostración de obstrucción al flujo aéreo, reversible completa o parcialmente de forma espontánea o con fármacos, mejora la seguridad del diagnóstico.
3. **Diagnóstico de la alergia:** Estudia el papel ejercido por los desencadenantes y/o agentes etiológicos responsables de la enfermedad

4. Otros estudios complementarios.

5. **Diagnóstico diferencial:** Exclusión de posibles diagnósticos alternativos.

La **recurrencia** de los episodios fundamenta el diagnóstico clínico de asma, se manifiesta como:

1. **Sibilantes**, con frecuencia referidos como pitos o silbidos en el pecho.
2. **Disnea** o dificultad para respirar.
3. **Tos**, en accesos y de predominio nocturno o al levantarse.
4. Sensación de **opresión torácica** o de tirantez (síntoma manifestado sobre todo por niños mayores y adolescentes).

El diagnóstico clínico se realiza ante crisis o episodios de sibilantes recurrentes, sobre todo si han tenido una respuesta aceptable al tratamiento broncodilatador, aunque la falta de respuesta no lo excluye. También hay que valorar al paciente con síntomas continuos (persistentes, no exclusivamente en crisis) y el asma inducido por el ejercicio.

La valoración correcta de los síntomas relacionados con el asma requiere una historia clínica detallada de sus características:

1. Edad de inicio, duración y frecuencia de los síntomas y evolución en el último año, patrón de aparición (estacional o perenne, continua o episódica) y variación a lo largo del día.
2. Relación con factores precipitantes o agravantes: infección respiratoria viral, ejercicio físico, exposición a alérgenos (ácaros, pólenes, mohos, animales), irritantes (tabaco, contaminantes, humos, aerosoles), rinitis y sinusitis, reflujo gastroesofágico, historia de factores

lesivos sobre la vía respiratoria en edades tempranas (displasia broncopulmonar, neumonía).

3. Historia de atopía:

a. Personal: coexistencia con alergia alimentaria y/o dermatitis atópica.

b. Familiar: asma y/o atopía en familiares de primer grado (especialmente la madre) es el principal factor de riesgo de expresión y de persistencia del asma. No existe evidencia consistente respecto a la relación entre la gravedad del asma y la historia familiar de atopía.

En el anexo 6 se presentan las características clínicas que aumentan o reducen la probabilidad de un diagnóstico de asma.

La **exploración física** de un adolescente asmático puede ser normal, ya que los síntomas del asma suelen ser variables y episódicos. El hallazgo físico anormal más usual es la presencia de sibilantes en la auscultación, aunque algunos pacientes con asma pueden tener una auscultación pulmonar normal.

En las crisis asmáticas graves, los sibilantes pueden estar ausentes (tórax silente), pero están presentes otros signos físicos como taquipnea, taquicardia, tiraje intercostal y/o subcostal, cianosis, dificultad en el habla, somnolencia.

Con frecuencia se pueden observar signos clínicos no específicos del asma, como el edema persistente de la mucosa nasal, secreción nasal, “saludo alérgico” provocado por el picor nasal que deriva en el pliegue nasal alérgico, sequedad cutánea, ojeras alérgicas, hiperemia conjuntival, pero que caracterizan a otros procesos asociados, como la dermatitis atópica y la

rinoconjuntivitis alérgica. La presencia de retraso pondoestatural, soplos cardíacos y/o acropaquias harán dudar del diagnóstico de asma, orientando hacia otras etiologías.

Diagnóstico funcional. La medición objetiva de la función pulmonar es, junto con la clínica, el pilar del diagnóstico de asma.

La **espirometría** es la prueba de referencia para efectuar los estudios de función pulmonar. La prueba puede realizarse de forma adecuada en edades tempranas, aunque precisa de una formación específica del personal y un tiempo amplio para su realización. Es un medio diagnóstico de gran valor que siempre debe relacionarse con la clínica del adolescente. Con ella podremos clasificar y cuantificar la alteración funcional pulmonar.

Se consideran valores espirométricos normales los siguientes (www.aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias):

FEV1/FVC mayor del 80 % (posiblemente 90% en preescolares)
FEV1 y FVC iguales o superiores al 80% de sus valores teóricos
FEF 25-75 igual o superior al 65% de su valor teórico.

La **prueba de broncodilatación** es la mejor manera de valorar la respuesta broncodilatadora que es positiva cuando el incremento del FEV es igual o superior al 12% en relación con el valor previo o del 9% en relación con el valor teórico. Sin embargo, una prueba broncodilatadora negativa no excluye el diagnóstico del asma. En pacientes con síntomas de asma con el ejercicio es necesario realizar una prueba de broncoprovocación no específica, como la prueba de carrera libre durante 6 minutos que trata de demostrar la respuesta obstructiva exagerada generada con el ejercicio físico. La máxima broncoconstricción suele ocurrir entre

3 y 15 minutos después de acabar el ejercicio y habitualmente se considera positivo el descenso porcentual del 13-15% del FEV1 tras el ejercicio respecto al valor basal.

La **medición del flujo espiratorio máximo (FEM)** y la monitorización de su variabilidad es una herramienta útil en el seguimiento de algunos pacientes con asma, para conocer el grado de control, pero no para el diagnóstico de asma

Las pruebas para el **diagnóstico de la alergia** son el Prick test (*in vivo*, sencillo, rápido, seguro y barato) y la determinación de Ig E antígeno específica en suero (*in vitro*)

Otros estudios complementarios se harán en función de los datos recogidos en la historia clínica (como las condiciones que desencadenan los síntomas) y la exploración física. No se deben solicitar de forma rutinaria y hay que individualizarlas en cada paciente. Los estudios complementarios en el asma pueden incluir:

1. Marcadores de la inflamación pulmonar: La fracción exhalada del óxido nítrico (FENO) se considera marcador indirecto de la inflamación eosinofílica de la vía aérea tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. La determinación de FENO con el medidor portátil es técnicamente factible y aceptable aunque no es un método habitualmente disponible en Atención Primaria. Según diferentes guías se establece que existe inflamación eosinofílica si el valor FENO es > 2027- 30 ppb. No obstante, la medición de FENO no supera a la monitorización de los síntomas y pruebas de función pulmonar, en el control del asma. Los siguientes estudios complementarios se pueden realizar para descartar otros posibles diagnósticos alternativos o concomitantes.

2. Estudios de imagen:

Radiografía de tórax: no es una prueba de rutina en la evaluación del asma, estaría indicada para excluir diagnósticos alternativos si presenta clínica severa o inusual, resistencia al tratamiento y en la agudización si se sospecha una complicación de la crisis asmática (neumotórax, atelectasia).

Radiografía de senos paranasales: sólo está indicada ante una clínica sugerente de sinusitis que no responde al tratamiento farmacológico.

Radiografía de cavum: sólo está indicada cuando existe insuficiencia respiratoria nasal indicativa de hipertrofia adenoidea o síndrome Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño, ya que la respiración bucal puede ser un agente desencadenante de los síntomas de asma.

Estudio digestivo: el reflujo gastroesofágico puede ocasionar problemas respiratorios caracterizados por sibilantes y tos persistente.

Cloruros en sudor: ante una clínica que sugiera el diagnóstico de fibrosis quística. Recientemente, la mayoría de las CCAA han incorporado el cribado neonatal de esta enfermedad a todos los recién nacidos, mediante la determinación de tripsina inmunorreactiva en suero (<http://www.fibrosisquistica.org>).

Prueba de Mantoux: si se sospecha tuberculosis pulmonar.

Estudio de Inmunidad: inmunoglobulinas y subclases para descartar inmunodeficiencias.

Criterios de derivación a atención hospitalaria

1. Cuando sea necesario confirmar o completar el diagnóstico, tras la valoración de la historia, la exploración física y tras la realización de las pruebas disponibles en Atención Primaria.
2. Cuando no se disponga de los recursos necesarios para valorar los posibles desencadenantes (Prick test y/o Ig E específica) o la función pulmonar (espirómetro con adaptador pediátrico).
3. Cuando el niño con asma no alcance un buen control de su enfermedad o sufra un empeoramiento de la gravedad del asma, habiéndose comprobado previamente que el tratamiento, la técnica inhalatoria y la adherencia a todos los aspectos terapéuticos son correctos.
4. Cuando los niños cumplan criterios de asma grave, de control difícil o de riesgo vital.
5. Cuando el niño con asma se pueda beneficiar de un tratamiento con inmunoterapia.

En anexos se presentan la clasificación inicial de gravedad del asma (anexo 7) y los niveles de control del asma (anexo 8). El cuestionario CAN de control del asma se puede encontrar en la URL:<http://www.aepap.org/APapCLM/Documentos/GRADO%20CONTROL%20ASMA%20Y%20CUESTIONARIOS.pdf>.

Tratamiento del asma (**normas de calidad**).

1. El tratamiento farmacológico se hará atendiendo a un diagnóstico correcto y precoz, la edad del paciente, la sintomatología, las pruebas funcionales respiratorias, la clasificación de la gravedad, y a la habilidad y preferencias del paciente y/o cuidadores.
2. En el tratamiento del asma se considera de elección la vía inhalada para los fármacos β -agonistas de corta o larga acción y

para los corticoides. En el tratamiento de una crisis de asma se considera de elección la vía oral para la administración de los corticoides.

3. Los dispositivos MDI se administrarán siempre con una cámara espaciadora adaptada a la edad del niño.

4. Se utilizará la pauta más simple posible en cuanto a número de fármacos, número de dosis y dispositivos de inhalación.

5. En el asma estacional, el tratamiento se instaurará varias semanas antes del inicio de la estación.

6. El tratamiento se facilitará por escrito.

7. La idoneidad del tratamiento de mantenimiento se evaluará según las siguientes medidas de resultados: días y noches libres de síntomas, pruebas funcionales respiratorias (espirometría y/o FEM), empleo de medicación de alivio y de corticoides orales, ingresos hospitalarios y valoración del paciente de su calidad de vida.

8. Se realizará seguimiento programado para ajustar el plan de tratamiento, evaluar su efectividad, monitorizar su adherencia y educar en los aspectos deficitarios.

9. Antes de aumentar la dosis o número de fármacos en el tratamiento de mantenimiento comprobaremos que la adherencia, la técnica inhalatoria y las medidas de evitación de desencadenantes sean correctas.

10. En todos los centros de atención primaria deben existir los recursos terapéuticos necesarios para atender a un paciente con asma.

Normas de calidad para el tratamiento de fondo del asma en el niño y adolescente. Según la gravedad del asma se hará un ajuste de la medicación, siguiendo una estrategia de escalonamiento.

Escalón 1: Asma leve intermitente

Todo paciente con asma sintomático debe tener prescrito un beta-2 agonista inhalado de acción corta. Los beta-2 agonistas inhalados de acción corta se administrarán a demanda y no según una pauta preestablecida (grado de recomendación A). Los pacientes con alta utilización de beta-2 agonistas de acción corta inhalados deben ser revisados en su plan de manejo del asma y se considerará la introducción de medicación preventiva.

Escalón 2: Introducción de Medicación Controladora

2.1. *Elección del medicamento controlador.* Los corticoides inhalados son los medicamentos controladores recomendados para conseguir globalmente los objetivos del tratamiento en todas las edades (grado de recomendación A)

2.2. *Momento de introducción de los corticoides inhalados.* En pacientes mayores de 5 años de edad se debe introducir un corticoide inhalado (grado de recomendación B) en caso de:

- a) Exacerbaciones (crisis de asma) en los dos últimos años.
- b) Empleo de inhaladores beta2 agonistas tres veces a la semana o más.
- c) Síntomas tres o más veces a la semana, o un despertar nocturno a la semana.

- 2.3 *Dosis inicial de corticoides inhalados.* Se debe comenzar con la dosis de corticoides inhalados apropiada a la gravedad. En mayores de 12 años empezar con una dosis de 400 mcg/día (grado de recomendación D).
- 2.4 *Frecuencia de dosis de corticoides inhalados.* En todas las edades, los corticoides inhalados se darán inicialmente dos veces al día (grado de recomendación A mayores de 12 años). Una vez conseguido el control se puede valorar la administración de la dosis total diaria en una sola toma (grado de recomendación A mayores de 12 años).
- 2.5 *Seguridad de los corticoides inhalados.* Deben evaluarse los riesgos y beneficios en cada individuo. Se emplearán las dosis más bajas que mantengan el control de la enfermedad y si éste es insuficiente, se valorará añadir otro fármaco preventivo al corticoide inhalado. +
- 2.6 *Otros medicamentos preventivos.* Si la familia rechaza los corticoides inhalados, hay otras alternativas aunque menos eficaces, como los antagonistas de los leucotrienos.

Escalón 3: Adición de medicación controladora (terapia combinada)

Antes de introducir otro medicamento más hay que asegurarse de que el paciente toma la medicación previamente prescrita, realiza bien la técnica inhalatoria y ha eliminado sus desencadenantes. La duración del ensayo del tratamiento dependerá del resultado deseado. Si no hay respuesta al tratamiento en 4 a 6 semanas, se debe interrumpir el fármaco ensayado.

- 3.1 *Criterio para introducir terapia combinada.* No está establecida la dosis exacta de corticoides inhalados para considerar la introducción de terapia combinada. En mayores de 12 años (grado de recomendación A).

- 3.2 Si no hay respuesta a los beta2 agonistas de larga duración, se deben interrumpir e incrementar los corticoides inhalados hasta 400 mcg/día en niños de 5 a 12 años, si no está tomando aún esta dosis, o hasta 800 mcg/día en adolescentes por encima de 12 años (grado de recomendación D)
- 3.3 Si hay alguna respuesta a la introducción de los beta2 agonistas de acción prolongada, pero el control del asma aún es insuficiente, continuar con los beta2 agonistas de larga duración y además incrementar la dosis de corticoides inhalados hasta 400 mcg en niños de 5 a 12 años o 800 mcg en mayores de 12 años (grado de recomendación D).
- 3.4 *Combinación de medicamentos en un solo dispositivo de inhalación.* No hay diferencias en la eficacia en tomar corticoides inhalados y beta-2 agonistas de acción prolongada combinados en un único inhalador o administrados en inhaladores separados.

Escalón 4: Adición de un cuarto fármaco

Si existe un control escaso con dosis medias de corticoides inhalados más terapia combinada, se puede añadir un cuarto fármaco. Si el control del asma permanece inadecuado tomando corticoides inhalados a dosis de 400 mcg en niños de 5 a 12 años y de 800 mcg en mayores de 12 años junto con beta-2 de acción prolongada, se pueden añadir (grado de recomendación D):

- 4.1 *Incrementar los corticoides inhalados* (en dosis budesonida-equivalente) hasta 800 mcg/día en niños de 5 a 12 años de edad o 2000 mcg/día en mayores de 12 años.
- 4.2 Añadir antagonistas de los receptores de leucotrienos.
- 4.3 Añadir teofilinas.

Si un ensayo de aumento de medicación es ineficaz, se debe interrumpir, en el caso de haber incrementado la dosis de

corticoides inhalados, reducir hasta la dosis inicial. Antes de proceder al escalón 5 considerar la derivación del paciente a atención hospitalaria (neumólogo o alergólogo).

Escalón 5 Empleo de corticoides orales

Los pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales (más de 3 meses) o que requieren tandas frecuentes (tres a cuatro al año) pueden estar en riesgo de desarrollar efectos secundarios sistémicos. Por ello se debe monitorizar la tensión arterial y la glucemia, controlar la mineralización ósea (densitometría), monitorizar el crecimiento y vigilar la posible aparición de cataratas subcapsulares. Los corticoides inhalados son el fármaco más eficaz para disminuir los requerimientos de corticoides orales a largo plazo en niños de 5 a 12 años a dosis de hasta 1000 mcg (grado de recomendación D) y en mayores de 12 años hasta dosis de 2000 mcg (grado de recomendación A). En los pacientes que necesitan empleo frecuente o continuo de corticoides orales, se debe ensayar un tratamiento con corticoides inhalados a dosis altas más beta-2 agonistas de larga duración, antagonistas de los receptores de los leucotrienos, y teofilinas por un periodo de seis semanas. Esto debería interrumpirse si no se observa mejoría en los síntomas, función pulmonar o disminución en la dosis de corticoides orales (grado de recomendación D).

Escalón 6 Descenso en la escala terapéutica

Los pacientes deben ser mantenidos con la dosis más baja posible de corticoides inhalados. Es aconsejable revisar regularmente al paciente y su tratamiento para valorar el descenso. La reducción de la dosis de corticoides inhalados debe hacerse a un ritmo lento, proporcional al grado de deterioro en el que haya estado el paciente. Se debe considerar la reducción cada tres meses si el

paciente está bien, disminuyendo la dosis aproximadamente un 25-50% cada vez.

Bibliografía

- Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía. PSIAA. Disponible en: <http://si.easp.es/psiaa/>
- Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012.
- Guía clínica escoliosis. 2011. www.fisterra.com
- Álvarez García de Quesada LI, Núñez Giralda A. Escoliosis idiopática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13:135-46
- Jiménez Leal R. El menor, ¿protagonista de su salud? AMF 2010; 6:309-15
- Pereda A, Maluenda C. Dolor abdominal recurrente. En: SEGHPN, editor. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon; 2004. p. 43-52.
- Vásquez R, López PA, Calvo M, Martínez A, Chávez C. Dolor abdominal recurrente en niños. Actual. Pediatr 1992, 2: 22-7.
- Behrman, Richard E (eds). Nelson Tratado de pediatría. 2004, 17ª ed.
- Jiménez Cortés A, Praena Crespo M, Lora Espinosa A y Grupo de Vías Respiratorias. Normas de Calidad para el tratamiento de Fondo del Asma en el Niño y Adolescente. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-2) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
- Global initiative for asthma. URL: <http://www.ginasthma.org>
- Asensi Monzó, MT, Castillo Laita JA, Esteller Carceller M. Diagnóstico del asma. El Pediatra de Atención Primaria y el Diagnóstico de Asma. Documentos técnicos del GVR (publicación DTGVR-6) [consultado día/mes/año]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
- Úbeda Sansano MI, Cortés Rico O, Montón Álvarez JL, Lora Espinosa A, Praena Crespo M. Dispositivos de inhalación. El Pediatra de Atención Primaria y los dispositivos de inhalación. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-X) [consultado día/mes/año]. Disponible en: <http://aepap.org/grupos/grupo-de-vias-respiratorias>
- Guía española para el Manejo del Asma (GEMA) 2009. <http://www.gemasma.com/index.php/documentos-gema.html>
- Díaz Vázquez CA. Guía Clínica de Asma Infantil (Fecha de la última revisión: 18/03/2011) <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/asma-infantil/> 2

ANEXO 1. Patología frecuente del adolescente

Aparato digestivo

- Dolor abdominal recurrente
- Colon irritable
- Dispepsia no ulcerosa

Sistema nervioso

- Cefalea
- Síncope
- Epilepsia

Aparato cardiovascular

- Muerte súbita
- Factores de riesgo cardiovascular
- Hipertensión

Aparato Respiratorio

- Neumonía viral y bacteriana
- Asma

Patología infecciosa

- Mononucleosis infecciosa
- Enfermedades “importadas”
- Infecciones de transmisión sexual

Patología endocrinológica

- Diabetes Mellitus
- Disfunción tiroidea
- Pubertad precoz y atrasada
- Talla baja y alta

Nutrición

- Obesidad
- Deficiencias nutricionales

Trastornos del comportamiento alimentario

- Bulimia nerviosa
- Anorexia nerviosa

Piel

- Acné
- Hirsutismo

Dientes

- Caries
- Enfermedad periodontal
- Gingivitis
- Mal oclusiones
- Ortodoncia

Órganos de los sentidos

- Trastornos de refracción visual
- Hipoacusia

Ginecología

- Menarquia
- Dismenorrea
- Embarazo no deseado
- Abortos
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Neoplasia intraepitelial cervical

Mama

- Ginecomastia
- Botón mamario

Aparato locomotor

- Escoliosis
- Dolor por crecimiento
- Epifisiolisis lateral
- Osgood-Schlatter
- Epifisitis vertebral
- Condromalacia rotuliana
- Lesiones por accidente

Patología oncológica

- Leucemias
- Enfermedad de Hodgkin
- Linfomas no Hodgkin
- Tumores óseos
- Tumores encefálicos
- Tumores de células germinales

Fatiga crónica

Problemas escolares

- Rechazo escolar
- Fracaso escolar
- TDAH
- Acoso escolar

Problemas psicosociales

- Tabaquismo
- Abuso de alcohol
- Uso de drogas
- Estrés psicosocial
- Conducta antisocial
- Depresión y ansiedad
- Somatización
- Desórdenes psiconeuróticos

Nuevas tecnologías

- Ciberadicción
- Ciberacoso

ANEXO 2. Tabla para la valoración antropométrica de 2 a 19 años (Plan integral de obesidad infantil de Andalucía)

Tabla de IMC para valoración antropométrica infantojuvenil según estándares de la OMS de 2 a 19 años								
EDAD (años)	CHICAS ♀				CHICOS ♂			
	-2DE	+1DE	+2DE	+3DE	-2DE	+1DE	+2DE	+3DE
2	13.3	17.1	18.7	20.6	13.8	17.3	18.9	20.6
2.5	13.2	16.9	18.5	20.4	13.6	17.1	18.6	20.2
3	13.1	16.8	18.4	20.3	13.4	16.9	18.4	20.0
3.5	12.9	16.8	18.4	20.4	13.2	16.8	18.2	19.8
4	12.8	16.8	18.5	20.6	13.1	16.7	18.2	19.9
4.5	12.7	16.8	18.7	20.8	13.0	16.6	18.2	20.0
5	12.7	16.9	18.9	21.3	13.0	16.6	18.3	20.2
5.5	12.7	16.9	19.0	21.7	13.0	16.7	18.4	20.4
6	12.7	17.0	19.2	22.1	13.0	16.8	18.5	20.7
6.5	12.7	17.1	19.5	22.7	13.1	16.9	18.7	21.1
7	12.7	17.3	19.8	23.3	13.1	17.0	19.0	21.6
7.5	12.8	17.5	20.1	24.0	13.2	17.2	19.3	22.1
8	12.9	17.7	20.6	24.8	13.3	17.4	19.7	22.8
8.5	13.0	18.0	21.0	25.6	13.4	17.7	20.1	23.5
9	13.1	18.3	21.5	26.5	13.5	17.9	20.5	24.3
9.5	13.3	18.7	22.0	27.5	13.6	18.2	20.9	25.1
10	13.5	19.0	22.6	28.4	13.7	18.5	21.4	26.1
10.5	13.7	19.4	23.1	29.3	13.9	18.8	21.9	27.0
11	13.9	19.9	23.7	30.2	14.1	19.2	22.5	28.0
11.5	14.1	20.3	24.3	31.1	14.2	19.5	23.0	29.0
12	14.4	20.8	25.0	31.9	14.5	19.9	23.6	30.0
12.5	14.7	21.3	25.6	32.7	14.7	20.4	24.2	30.9
13	14.9	21.8	26.2	33.4	14.9	20.8	24.8	31.7
13.5	15.2	22.3	26.8	34.1	15.2	21.3	25.3	32.4
14	15.4	22.7	27.3	34.7	15.5	21.8	25.9	33.1
14.5	15.7	23.1	27.8	35.1	15.7	22.2	26.5	33.6
15	15.9	23.5	28.2	35.5	16.0	22.7	27.0	34.1
15.5	16.0	23.8	28.6	35.8	16.3	23.1	27.4	34.5
16	16.2	24.1	28.9	36.1	16.5	23.5	27.9	34.8
16.5	16.3	24.3	29.1	36.2	16.7	23.9	28.3	35.0
17	16.4	24.5	29.3	36.3	16.9	24.3	28.6	35.2
17.5	16.4	24.6	29.4	36.3	17.1	24.6	29.0	35.3
18	16.4	24.8	29.5	36.3	17.3	24.9	29.2	35.4
18.5	16.5	24.9	29.6	36.2	17.4	25.2	29.5	35.5
19	16.5	25.0	29.7	36.2	17.6	25.4	29.7	35.5
2-5	-2DE: DELGADEZ		+1DE: RIESGO SOBREPESO		+2DE: SOBREPESO		+3DE: OBESIDAD	
5-19	-2DE: DELGADEZ		+1DE: SOBREPESO		+2DE: OBESIDAD		+3DE: OBESIDAD INTENSA	

Melo Sator, JA. Fuente: WHO Child Growth Standards for 0-5 years, 2006 and WHO Growth Reference 5-19 years, 2007

ANEXO 3. Imágenes radiográficas de la patología locomotora del adolescente.

Enfermedad de Osgood-Schlatter



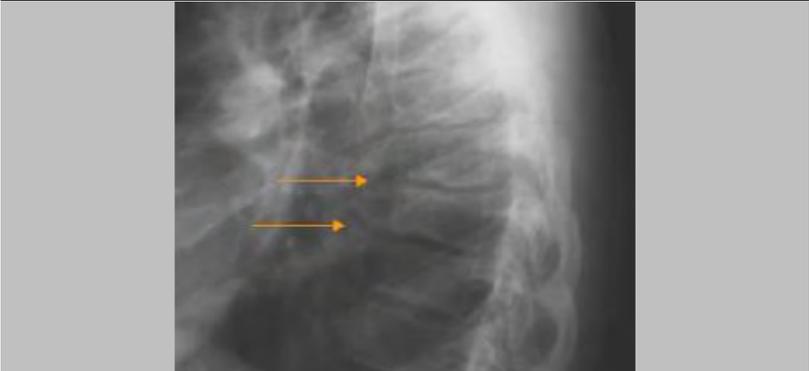
zona de crecimiento irregular de la tibia

Enfermedad de Freiberg



ensanchamiento y aplanamiento de la cabeza del segundo metatarsiano

Enfermedad de Scheuermann



cifosis con acuñamiento de múltiples cuerpos vertebrales que muestran irregularidad de las plataformas vertebrales (tomado de Radiología 2010; 52:133)

ANEXO 4. Criterios Diagnóstico para Dolor Funcional Abdominal (ROMA II)

El diagnóstico de dolor funcional abdominal siempre presume la ausencia de una explicación estructural o bioquímica de los síntomas.

Síndrome del dolor funcional abdominal

Al menos seis meses de:

1. Dolor abdominal continuo o casi continuo; y
2. Ninguna o solo relación ocasional del dolor con eventos fisiológicos (por ej., comer, defecar o menstruación); y
3. Alguna pérdida diaria de funcionalidad; y
4. El dolor no es fingido; y
5. Ausencia de criterios suficientes para otros desórdenes funcionales gastrointestinales que expliquen el dolor abdominal.

Dolor abdominal funcional inespecífico

Dolor funcional abdominal que no cumple los criterios del síndrome del dolor funcional abdominal

ANEXO 6. Probabilidad de diagnóstico de asma

Características clínicas que AUMENTAN la probabilidad de asma

Más de uno de los siguientes síntomas: sibilantes, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho,

Especialmente si estos síntomas:

- son frecuentes y recurrentes
- no relacionadas con los resfriados
- empeoran por la noche y al principio de la mañana
- aparecen o empeoran tras el ejercicio u otros desencadenantes como la exposición a mascotas, frío o humedad del aire, emociones o risas

Sibilantes generalizados a la auscultación.

Historia de mejoría de síntomas o de la función pulmonar en respuesta a la terapia adecuada.

Historia personal de enfermedad atópica o familiar de trastorno atópico o asma.

Características clínicas que REDUCEN la probabilidad de asma

Tos aislada con ausencia de sibilantes o dificultad respiratoria

Historia de tos húmeda

Los síntomas aparecen sólo en resfriados, con ausencia de síntomas en las intercrisis

Mareo, hormiguelo distal o periférico.

Características clínicas apuntando al diagnóstico alternativo

Auscultación repetidamente normal cuando refiere síntomas

No responde a una prueba terapéutica con medicación antiastmática

Espirometría o FEM normales cuando refiere síntomas

ANEXO 7. Clasificación inicial de gravedad del asma (GEMA 2009)

	EPISÓDICA OCASIONAL	EPISÓDICA FRECUENTE	PERSISTENTE MODERADA	PERSISTENTE GRAVE
Episodios	De pocas horas o días de duración, <1 episodio cada 10-12 días. Máximo 4-5 crisis al año.	<1 episodio cada 5-6 semanas. Máximo 6-8 crisis al año.	>1 episodio cada 4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio.	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	-	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	-	-	≤2 noches/semana	>2 noches/semana
Medicación de rescate	-	-	≤3 días por semana	>3 días por semana
Función pulmonar	>80%	<80%	>70% - <80%	<70%
FEV1	<20%	<20%	>20% - <30%	>30%
Variabilidad PEF				

ANEXO 8. Niveles de control del asma

Características **CONTROLADA** **PARCIALMENTE CONTROLADA** **SIN CONTROL**

Síntomas diurnos	Ninguna o ≤ 2 veces/semana	> 2 veces/semana	Sin control
Limitación de las actividades	No tiene	A veces	3 o más características del asma parcialmente controlada, presentes en cualquier semana
Síntomas nocturnos / se despierta	No tiene	A veces	
Necesidad de tratamiento de rescate	Ninguna o ≤ 2 veces/semana	> 2 veces/semana	
F(x) pulmonar (PEF VEF 1)	Normal	$< 80\%$ valor predicho	
Exacerbaciones	No tiene	1 o más al año	



grupo de estudio
del Adolescente

